

Oliver Drillisch

**Suizidalität im Alter. Phänomenologische Betrachtungen und
präventive Möglichkeiten der Sozialarbeit**

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Oliver Drillisch

**Suizidalität im Alter. Phänomenologische Betrachtungen und
präventive Möglichkeiten der Sozialarbeit**

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Dr. phil. Michel C. Hille

Drillisch, Oliver:

Suizidalität im Alter. Phänomenologische Betrachtungen und präventive Möglichkeiten der Sozialarbeit. 69 Seiten. Roßwein, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2014

Referat:

Ziel dieser Arbeit ist es, das Phänomen Suizidalität im Alter zu betrachten. Es sollen begriffliche Bestimmungen vorgenommen werden, um die Vielschichtigkeit des Suizids, speziell bei alten Menschen verständlich darzustellen. Erläutert werden weiterhin Prozesse, Modelle und Faktoren, welche einen alten Menschen dazu bewegen können, belastet durch eine Krisensituation oder physische sowie psychische Einschränkungen bzw. Krankheiten scheinbar freiwillig aus dem Leben zu scheiden. Es werden Möglichkeiten der Suizidprävention aufgezeigt. Einfließen werden weiterhin gesellschaftliche Bedingungen, unter denen Prävention stattfindet. Abschließend wird der Aspekt der Legitimation zur Suizidprävention im Alter näher betrachtet werden.

Dank

Bedanken möchte ich mich bei den Menschen, die mir bei der Anfertigung dieser Arbeit zur Seite standen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	0
Tabellenverzeichnis	0
1. Einleitung	1
2. Definitionen: Altern und Suizid	5
2.1 Das Altern: Definition und Abgrenzung	6
2.2 Der Suizid: Definitionen, Begriffe und deren Abgrenzung voneinander	9
3. Der Suizid.....	13
3.1 Methoden des Suizids.....	14
3.2 Gesellschaftliche Aspekte und ethisch-moralische Bewertungen	15
3.3 Rechtliche Aspekte suizidaler Handlungen	20
4. Suizidalität im Alter	22
4.1 Besonderheiten.....	23
4.2 Häufigkeiten und Verbreitung	25
4.3 Das Bundesland Sachsen und seine demografische Entwicklung.....	27
4.4 Von der Schwierigkeit Suizidversuche und Suizid zu erfassen.....	32
5. Ursachen und Hintergründe der Suizidalität im Alter	35
5.1 Der Einfluss sozialer Faktoren	35
5.2 Der Zusammenhang mit psychischen Faktoren.....	38
5.2.1 Veränderungen der Psyche im Alter und die narzisstische Problematik	39
5.2.2 Psychologische Erklärungsansätze.....	42
5.3 Das Prozessmodell nach Erlemeier	50
6. Prävention der Suizidalität im Alter	52
6.1 Möglichkeiten der Prävention.....	53
6.2 Gesellschaftliche Bedingungen, unter denen Prävention stattfindet	55
6.3 Die Rolle der Sozialarbeit in der Suizidprävention alter Menschen.....	56
7. Legitimation zur Suizidprävention im Alter.....	63
8. Fazit	66
Literaturverzeichnis	70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suizidmethoden älterer Menschen (60 Jahre und älter) in Deutschland 2006.	14
Abbildung 2: Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland 2006.....	27
Abbildung 3: Vorsätzliche Selbstschädigungen je 100 000 Einwohner im Freistaat Sachsen 2012 nach.....	31
Abbildung 4: Anteil von Suiziden an allen Todesursachen in Deutschland 2006.	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Todesursachen (Anzahl der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen 2012).....	26
--	----

1. Einleitung

Während meiner Arbeit als kommunaler Sozialarbeiter für alte und behinderte Menschen komme ich besonders oft mit alten und hochaltrigen Menschen in Kontakt, die ihren Lebensabend in sozial schwierigen Verhältnissen verbringen müssen. Neben einer geringen Rente sind körperliche Krankheiten und der Wegfall sozialer Beziehungen prägend für ihre Lebenssituation. Weiterhin sind sie auf Hilfe von außen angewiesen (z. B. Hauswirtschaftshilfen) und benötigen Unterstützung in anderen Lebenslagen (z. B. Einkäufe). Zusätzlich werden sie mit der Last der Bürokratie konfrontiert (bspw. das komplizierte Ausfüllen von Anträgen auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Wohngeld sowie Hilfe zur Pflege). Diese Menschen sind mit hohen Belastungen konfrontiert, was die Alltagsbewältigung enorm beschwert. Treffen die oben angeführten Belastungen mit körperlichen Beschwerden zusammen, kann es zu Krisensituationen kommen. Klienten äußern sich in diesem Zusammenhang oft über die Aussichtslosigkeit und den Sinn ihres Lebens. Bei diesen Äußerungen kommt es wiederholt zu suizidalen Gedanken. Sätze wie „Im nächsten Jahr brauchen wir das nicht mehr zu beantragen, wer weiß, ob ich da noch da bin“ oder „Wenn der Hund nicht mehr ist, dann will ich auch nicht mehr“ fallen häufiger. Klienten machen das eigene Leben u.a. abhängig vom Leben des Haustieres, aus Angst in Einsamkeit leben zu müssen. Somit wird indirekt ein möglicher Suizid angedeutet. Kommt es auch nur zu geringsten Veränderungen der ohnehin schon belastenden Lebenssituation, können suizidale Gedanken auftreten. Während meiner Arbeit als Sozialarbeiter mit alten Menschen werde ich daher oft mit der Thematik der Suizidalität konfrontiert. Aufgrund dessen habe ich mich dazu entschlossen, dieses Thema näher zu betrachten und zu untersuchen, welche unterschiedlichen Faktoren dazu beitragen, dass alte Menschen Suizidgedanken entwickeln. Weiterhin soll durch die vorliegende Arbeit betrachtet werden, welche Möglichkeiten sich für die Soziale Arbeit im Umgang mit suizidgefährdetem Klientel ergeben, um diesem angemessen zu begegnen.

Nach meiner Erfahrung stellt das Thema Suizid jedoch bis heute ein Tabu in der Gesellschaft dar und ist mit starken Vorurteilen behaftet. Es fehlt an Verständnis, wie es zu einem solchen Phänomen kommen kann, oft auch auf Seiten der professionellen Helfer. Als Folge kann dies zu unsicherem Umgang mit entsprechendem Klientel bis hin zur Ablehnung und Ängsten, aus Unsicherheit und falscher Scham gegenüber den Betroffenen, führen. Professionelle Helfer sind jedoch Ansprechpartner in Krisensituationen und haben somit eine besonders hohe Verantwortung einem Suizid vorzubeugen. Eine Krisenintervention ist demnach auch immer als Präventivmaßnahme anzusehen. Dies erfordert ein hohes Maß an Empathie sowie ausreichende Professionalität im Umgang mit den Klienten. Um dies zu gewährleisten, ist es wichtig, Fachwissen über Ursachen und Zusammenhänge der Suizidalität zu haben. Dies soll u.a. Gegenstand der Arbeit sein.

Aufgrund der Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit habe ich mich entschlossen, die Problematik der Selbsttötung sowie deren Präventionsmaßnahmen näher zu betrachten. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit dem Thema *„Suizidalität im Alter. Phänomenologische Betrachtungen und präventive Möglichkeiten der Sozialarbeit“*.

Ziel der Arbeit soll sein, zu klären, wie es zum Phänomen des Suizids und der Suizidalität bei alten Menschen kommt. Hierbei wird auf theoretische Hintergründe ebenso eingegangen wie auf physische, psychische und soziale Ursachen, die für einen versuchten bzw. vollendeten Suizid ausschlaggebend sein können. Für die Soziale Arbeit und den Umgang mit suizidalen Klienten ist es wichtig, die Bedingungen unter denen es zu einem Suizid kommen kann, rechtzeitig zu erkennen sowie die Fähigkeit zu haben, die Situation richtig einschätzen zu können, um bei einer Krisenintervention professionell zu handeln. Der Umgang mit Suizidenten in einer Krisensituation soll thematisiert und Möglichkeiten der Prävention aufgezeigt werden. Von besonderem Interesse stellt hierbei die Legitimation zur Suizidprävention im Alter dar.

Die vorliegende Arbeit befasst sich daher mit folgenden Fragestellungen:

Was bedeutet Suizidalität im Alter und wie kann dieser präventiv begegnet werden?

Wo liegen die Ursachen und Hintergründe in der Suizidalität und welche Einflüsse spielen dabei eine Rolle?

Woraus leiten wir eine Verantwortung für einen Menschen in einer suizidalen Situation ab?

Kann Suizidprävention legitimiert werden und wenn ja, welche Möglichkeiten stehen dafür zur Verfügung?

Um die oben genannten Fragen zu beantworten, fand eine ausführliche Literaturrecherche statt. Zunächst wurde mit Hilfe der Suchbegriffe *Suizidalität* und *Suizidalität im Alter* der Katalog der Sächsischen Landesbibliothek, Staats- und Universitätsbibliothek (SLUB) systematisch nach zur Thematik passender Literatur durchsucht. Es fand sich hier bereits eine große Auswahl an geeigneter Literatur, welche das Thema Suizidalität im Alter behandelt. Um die Suche zu extensivieren, wurde der Suchbegriff *Suizidprävention* in die Recherche einbezogen. Auch hier konnte auf eine Vielzahl von Quellen zugegriffen werden. Darüber hinaus erfolgte eine Rückverfolgung der Literaturverzeichnisse bereits gefundener Quellen, wodurch geeignetes Material sowie Forschungsergebnisse gefunden werden konnten. Ebenfalls für die Recherche genutzt wurde die elektronische Zeitschriftenbibliothek der SLUB in den Fachbereichen Pädagogik, Soziologie und Medizin. Abschließend fand sich Material auf den Internetpräsenzen der ICD-10 sowie des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Die Auswahl der Literatur erfolgte hinsichtlich des Schwerpunktes Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Es wurden weiterhin Publikationen herangezogen, welche ethisch-moralische Betrachtungen, Ursachen sowie rechtliche Aspekte beinhalteten.

Die vorliegende Arbeit baut sich wie folgt auf:

Nach einer Einführung in die Thematik wird im zweiten Kapitel das Altern und der Suizid näher erläutert. Hierbei sollen die Begriffe des Alterns und des Suizids definiert sowie Abgrenzungen vorgenommen werden.

Im dritten Kapitel wird der Suizid thematisiert. Es soll auf Methoden des Suizids, ethische und moralische Bewertungen des Suizids sowie die damit verbundenen gesellschaftlichen Beurteilungen eingegangen werden. Ein kurzer, historischer Blick auf geschichtliche Aspekte des Suizids, beginnend von der Antike bis in unsere heutige Gesellschaft, ist ebenfalls Inhalt dieses Kapitels. Weiterhin werden rechtliche Aspekte betrachtet.

Der vierte Teil beschäftigt sich schließlich mit dem tragenden Thema dieser Arbeit: Suizidalität im Alter. Hier sollen die Besonderheiten dieser Thematik beschrieben werden. Weiterhin sollen anhand aktueller Zahlen die Häufigkeit und Verbreitung des Suizids in Deutschland und speziell im Freistaat Sachsen dargestellt werden. Abschließend wird auf die Schwierigkeit der Erfassung von Suiziden eingegangen.

Kapitel Fünf beinhaltet die Darstellung von Ursachen und Hintergründen der Suizidalität im Alter und die Faktoren, unter deren Einfluss es zu Suizidalität und Suizid kommen kann. An dieser Stelle sollen vor allem physische, psychische und soziale Faktoren in den Fokus gestellt sowie Erläuterungen anhand von Modellen und Erklärungsansätzen getroffen werden.

Das sechste Kapitel thematisiert die Prävention von Suizidalität im Alter und die mit dieser Thematik verbundenen gesellschaftlichen Aspekte. Weiterhin sollen die Rolle der Sozialarbeit im Umgang mit suizidalen älteren Menschen dargestellt und individuelle Ressourcen untersucht werden.

Kapitel Sieben befasst sich schließlich mit der Legitimation der Suizidprävention bei alten Menschen. Hier soll dargestellt werden, ob permanent einem Suizid präventiv entgegengetreten werden kann, muss und sollte.

Im Fazit erfolgt eine abschließende Betrachtung und Zusammenfassung sowie die Beantwortung der Forschungsfragen. Es soll ein für die Soziale Arbeit treffendes Resümee gezogen und die wichtigsten Aspekte dargestellt werden.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass aufgrund der besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit bewusst geschlechtsneutrale Formulierungen gewählt wurden. Daher sind sämtliche Aussagen und Begriffe dieses Textes auf beide Geschlechter gleichermaßen angewandt zu verstehen.

2. Definitionen: Altern und Suizid

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Begriffen Alter und Suizid. Das Altern als ein Prozess wird definiert und von dem Begriff des Alters abgegrenzt. Um die Thematik Suizid und Suizidalität in dieser Arbeit angemessen behandeln zu können, ist es weiterhin wichtig, sogenannte terminologische Klärungen vorzunehmen und die Begriffe Selbstmord, Selbsttötung und Freitod voneinander abzugrenzen, da diese oftmals synonym für den Suizid verwendet werden. Diese Abgrenzung ist ebenfalls maßgeblich für die Krisenintervention sowie die Suizidprävention und den damit verbundenen Therapiemaßnahmen, falls dem suizidalen Verhalten eine psychische Störung oder Krankheit zugrunde liegt. Psychische Störungen und Krankheitsbilder, die zum Suizid führen können, sollen im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit näher betrachtet werden. Des Weiteren stellt die Suizidforschung ein komplexes Feld dar, weshalb es wichtig ist, die verschiedenen Formen selbstschädigenden Verhaltens zu beschreiben und diesbezüglich historische Unterscheidungen sowie Abgrenzungen vorzunehmen.

2.1 Das Altern: Definition und Abgrenzung

Das Altern ist ein Begriff, der die Veränderung des menschlichen Körpers in vielseitiger Hinsicht beschreibt und stellt somit einen vielschichtigen Prozess dar. Einflussfaktoren dieses Prozesses sind unter anderem biologischer, psychischer und sozialer Herkunft (vgl. Erlemeier 2011, S.13). Der Begriff des Alterns beschreibt laut Erlemeier somit *„Veränderungen in der zweiten Lebenshälfte des Menschen“* (ebd. S.13).

Der vielschichtige Prozess des Alterns kann dabei in Anlehnung an Thomae (1968) in sogenannte Veränderungsdimensionen unterschieden werden, welche sich in unterschiedlichem Ausmaß bei jedem Menschen bemerkbar machen (vgl. Erlemeier 2011, S.13):

- *„Biologische Veränderungen im Organismus, in einzelnen Organen und in den Körperzellen (Biomorphose, Primärprozess des Alterns)*
- *Krankhafte körperliche und psychische Alternsveränderungen (z. B. chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Demenzen)*
- *„Normale“ Leistungs- und Verhaltensveränderungen (z. B. der Sinnesorgane, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Intelligenz)*
- *Persönlichkeitsveränderungen im engeren Sinne (z. B. von Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmalen, Reaktionsformen auf Belastungen)*
- *Soziale Veränderungen durch den Übergang in die Altersphase (z. B. materielle Lage, Rollenverluste und Rollenwandel, Statuseinbußen, Bezugsgruppenwechsel)*
- *Soziale Veränderungen durch Personenverluste (z. B. Tod von Lebenspartnern, Verwandten und Freunden)*
- *Veränderungen des Zeiterlebens und der Zeitperspektive (z. B. Erfahrung der entrinnenden Zeit, der Endlichkeit und Endgültigkeit des Lebens)*

- *Veränderung des Sinnerlebens (z. B. Lebensrückblick und Lebensbilanzierung, tragende Sinnbindungen, Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, Religiosität)*“ (ebd. S.13).

Das Altern bietet zum einen Möglichkeiten der Entwicklung, mit der sich das Leben der jeweiligen Person maßgeblich beeinflussen und unter Umständen sinnvoll planen lässt. Zum anderen sind durch den Prozess des Alterns die Folgen von körperlichen, psychischen und sozialen Verlusten in Kauf zu nehmen. Diese Aspekte lassen sich nicht vermeiden sondern maximal beeinflussen. Aus diesem Grund stellt das Altern für viele Menschen zunehmend eine Last dar. Dies gilt besonders für die Altersgruppe ab achtzig Jahren (vgl. ebd. S.14).

Durch die gestiegene Lebenserwartung kann man heute den Prozess des Alterns relativ lange gesund durchlaufen. Erst ab einem Alter von über achtzig Jahren muss der Mensch lernen, mit Funktionsverlusten, eingeschränkter Selbstständigkeit und Krankheit zu leben. Es wird hierbei auch vom sogenannten dritten und vierten Lebensalter gesprochen, in dem diese Aspekte maßgeblich das Leben beeinflussen. Krankheitsbedingte körperliche und psychische Behinderungen nehmen zu und erschweren somit die Alltagsbewältigung (vgl. Baltes 2001, S.24ff.).

Die Wahrscheinlichkeit nach Pflegebedarf steigt und die geistigen Fähigkeiten sowie sozialen Beziehungen werden weniger. Dies kann zur Folge haben, dass alte Menschen ihr Leben nicht mehr als lebenswert sondern ihren Lebensabend zunehmend als Last empfinden. Diese Last kann als ein maßgeblicher Faktor für Suizidhandlungen angesehen werden (vgl. Erlemeier 2011, S.15). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird dieser Punkt unter der Berücksichtigung statistischer Angaben noch näher betrachtet werden.

Im Gegensatz zum Altern beschreibt der Begriff des Alters einen kalendarischen bzw. chronologischen Abschnitt im Leben eines jeden Menschen (vgl. ebd. S.13f.).

Kruse und Wahl (2010) definieren das Alter als eine Lebensphase. Wann diese Phase erreicht ist, ergibt sich nicht aus den Alternsprozessen, sondern vor allem aus gesellschaftlich festgelegten Konventionen (vgl. Kruse/ Wahl 2010, S.7).

Demnach werden bestimmte Grenzen, wie z. B. das Renteneintrittsalter oder die Abgrenzung zu bestimmten Altersphasen, durch das Alter nach bestimmten gesellschaftlichen Aspekten festgelegt. Durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation unterliegt der Mensch somit den damit verbundenen spezifischen Einflüssen und ist diesen durch geschichtliche, kulturelle und gesellschaftliche Prozesse in seiner Lebensplanung und dessen Verlauf prägend ausgesetzt. Als Beispiel kann an dieser Stelle die sogenannte Kriegsgeneration genannt werden, welche durch Jahre der Entbehrung und durch einschneidende traumatische Erlebnisse maßgeblich beeinflusst wurde und mitunter bis heute mit den Auswirkungen dieser Zeit zu kämpfen hat. An gewisse Altersgruppen werden demnach auch entsprechende Verhaltenserwartungen gerichtet (vgl. Erlemeier 2011, S.13f.).

Von Bedeutung ist weiterhin, dass das Erleben von Verlusten mit steigenden Lebensjahren zunimmt. Die Wahrnehmung des eigenen Alters als Folge persönlicher Erfahrungen variiert durch die eigene Wahrnehmung jedes Einzelnen. *„Das Doppelgesicht des Alters, das auch als Spannungsfeld zwischen Gewinnen und Verlusten gesehen werden kann, verbietet deshalb eine einseitige Betonung der positiven auf der einen oder der negativen, belastenden Merkmale auf der anderen Seite.“* (ebd. S.14) Obwohl erlebte Verluste im fortgeschrittenen Alter stärker wahrgenommen werden, bietet dieses auch Potenzial und Zeitraum des Sammelns von Erfahrungen (vgl. ebd. S.14f.).

Neben der hier vorgenommenen Abgrenzung der Begriffe Alter und Altern muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass der Prozess des Alterns jedoch in gewisser Hinsicht auch Entbehrungen in Form von Verlusten im persönlichen

sozialen Gefüge, körperliche sowie geistige Veränderungen mit sich bringen kann. Treffen mehrere dieser verändernden Faktoren aufeinander, kann dies zu einer Krisensituation führen. Steht der Betroffene dieser Situation nicht gefestigt, sondern schutzlos gegenüber, so kann der Versuch freiwillig aus dem Leben zu treten eine mögliche Reaktion darauf sein (vgl. ebd. S.19).

Im nächsten Punkt soll daher auf die Thematik des Suizids eingegangen werden.

2.2 Der Suizid: Definitionen, Begriffe und deren Abgrenzung voneinander

Um die Thematik der Suizidalität im Alter angemessen behandeln zu können und um das Phänomen des Suizids und seine Bedeutung praktisch und methodisch darstellbar zu machen, muss eine Eingrenzung des Begriffs der Suizidalität vorgenommen werden. Hierfür eignet sich besonders die Definition von Erlemeier:

„Der Oberbegriff, unter dem alle Formen des auf Selbstverletzung und Selbstvernichtung ausgerichteten Verhaltens subsumiert werden kann, ist nach heutiger sprachlicher und fachlicher Übereinkunft das Nennwort Suizidalität und das Beiwort suizidal. Der Mensch, der eine Suizidhandlung ausgeführt hat, ist der Suizident; der Mensch, der Suizidgedanken entwickelt, Suizidhandlungen erwägt oder plant, kann dann als suizidgefährdet bezeichnet werden, wenn diese Gedanken oder Erwägungen nicht nur passager auftreten, sondern über einen längeren Zeitraum immer stärker werden und nicht abzuweisen sind.“ (Erlemeier 2011, S.51f.)

Der Begriff Suizidalität umfasst weiterhin nach einer für diese Arbeit sehr passenden Definition, *„(...) alle Gefühle und Gedanken, Impulse und Handlungen (...) die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen.“* (Eink/ Haltenhof 2006, S.20) Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass der Begriff der Suizidalität die Neigung zur Selbsttötung sowie

den Gedanken daran, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, beinhaltet (vgl. ebd. S.22).

Weiterhin kann Suizidalität direkt als *„die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“* (Wolfersdorf 2008, S.16) definiert werden. Eine derartige Handlung ist demnach Ausdruck von Einengung durch psychische und physische Störungen und nicht die Folge freiwilliger Handlungen oder Wahlmöglichkeiten (vgl. ebd. S.16ff.).

Eine Unterscheidung ist zwischen den Begriffen Suizidversuch, Freitod und Selbstmord vorzunehmen.

Suizidversuch

„Von Selbsttötungsabsichten einer Person spricht man, wenn diese Person Verhaltensweisen zeigt oder auch gedankliche Prozesse berichtet, welche Handlungen oder auch Unterlassungen darstellen bzw. solche Planungen zum Inhalt haben, die aus der Sicht der Person zwangsläufig kurz- oder auch langfristig zum Tod führen oder die eigene Gesundheit in existenzieller Weise gefährden.“ (Dorrmann 2006, S.30)

Der Suizidversuch wird im professionellen Sprachgebrauch auch als Parasuizid bezeichnet. Hierunter *„versteht man die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel bzw. mit der Möglichkeit des tödlichen Ausgangs.“* (Möller 2013, S.409)

Feuerlein (1971) prägte drei Phasen, welche die Suizidhandlung wesentlich beeinflussen. Hierzu zählen die:

1. Parasuizidale Pause: Hierbei wird vom Betroffenen der Wunsch geäußert, seine Ruhe haben zu wollen. Einhergehend damit erfolgt ein

Medikamenten- und Alkoholmissbrauch, vor dem Hintergrund für immer schlafen zu wollen.

2. Präsuizidale Geste: Der Betroffene unternimmt den Versuch, sich zu suizidieren. Jedoch erfolgt dieser Versuch als eine Art Appell und wird so durchgeführt, dass der Suizident von der Person, an die dieser Appell gerichtet ist, höchstwahrscheinlich gefunden wird.
3. Parasuizidale Handlung: Der Suizident hat vor, sich tatsächlich das Leben zu nehmen. Er wählt daher eine möglichst harte Suizidmethode und sorgt dafür, nicht gefunden zu werden (vgl. Bronisch 1995, S.13ff.).

Zur Beschreibung von Suizidversuchen hat sich diese Einteilung als klinisch nützlich erwiesen (vgl. ebd. S.12).

Freitod und Selbstmord

Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff des Freitods, der sich für die Bezeichnung des Suizids nicht eignet. Oftmals sind Suizidhandlungen Folge einer sozialen bzw. psychischen Krise. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass für die betroffene Person die Entscheidung sich das Leben zu nehmen nicht frei getroffen wurde, sondern diese Entscheidung keine andere Möglichkeit als das vorzeitige Ausscheiden aus dem Leben darstellt (vgl. Seyfried 1995, S.10).

An Stelle dieser Begriffe werden mittlerweile weitestgehend die Begriffe des Suizids oder des Suizidversuchs genutzt. Des Weiteren wird durch das Statistische Bundesamt der Terminus vorsätzliche Selbstschädigung verwendet (vgl. Erlemeier 2011, S.51).

Der Begriff Selbstmord wird heute meist nur noch in den Medien genutzt, die aus eventuell dramaturgischen Gründen diese Bezeichnung bewusst für ihre Berichterstattung bzw. eine aussagekräftige Schlagzeile verwenden. Gegenwärtig wird im wissenschaftlichen Zusammenhang der Terminus Selbstmord nicht mehr verwendet. Er beinhaltet genau genommen den Hinweis

auf eine Straftat. Hier muss hinterfragt werden, ob dieser Begriff in der Wissenschaft überhaupt angemessen Verwendung fand (vgl. ebd. S.51).

Überhaupt wird im deutschsprachigen Raum erst seit dem 17. Jahrhundert ein vollendeter Suizid als Selbstmord bezeichnet. Die rigorose Verwendung dieses Begriffs liegt nicht zuletzt an dem enormen Einfluss der Kirche in dieser Zeit, für die der Selbstmord ein nicht zu rechtfertigendes Übel am gottgegebenen Leben darstellte. Der Begriff Selbstmord stellt demzufolge einen Widerspruch an sich dar, wird aber nach wie vor bis in unsere heutige Zeit verwendet (vgl. Seyfried 1995, S.10f.).

Im Strafgesetzbuch wird der Tatbestand des Mordes im sogenannten besonderen Teil dieses Gesetzes unter dem Paragraphen 211 detailliert beschrieben. So heißt es:

„(1) *Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.*

(2) *Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.“ (§ 211 Abs. 1 und 2 StGB)*

Die Beschreibung eines Suizidenten als Selbstmörder ist demnach unangebracht.

Es wird deutlich, dass bei den verschiedenen Facetten des Suizids zwischen einer anwachsenden Sehnsucht der Betroffenen sterben zu wollen und damit verbundene flüchtige bzw. langwierige Gedanken an den Tod, bis hin zu Versuchen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen unterschieden werden muss. Hierbei kommt es darauf an, ob die suizidale Handlung mit Konsequenz vollzogen wird oder die Handlung ein Appell an das Umfeld sein soll, um auf den derzeitigen mentalen Zustand aufmerksam zu machen.

Ein weiterer Weg, den ein Suizident beschreiten kann ist der der selbstzerstörerischen Gedanken. Bei diesem selbstverletzenden Verhalten kann eine Suizidhandlung lediglich vermutet werden, da die Handlungen des Betroffenen sich darauf beziehen, die Nahrungsaufnahme zu verweigern oder Ratschläge von medizinischem Personal, wie z. B. die Einnahme von Medikamenten, zu missachten. Zu diesem Punkt werden des Weiteren auch ungeklärte Verkehrsunfälle gezählt. Die eben beschriebene selbstzerstörerische Geisteshaltung tritt bei alten Menschen besonders dann auf, wenn ihnen andere Möglichkeiten der Selbsttötung aufgrund von Selbstaufgabe verwehrt bleiben oder ein beabsichtigter Suizid aus eigener Kraft nicht mehr vollzogen werden kann (vgl. Erlemeier 2011, S.52).

In diesem Kapitel wurde deutlich, dass die Gleichsetzung der oben genannten Begriffe nicht mehr einer der heutigen Zeit angemessenen Ausdrucksweise entspricht. Bei professionellen Helfern, welche mit Suizidenten arbeiten, wird der Begriff Suizid verwendet, da er am neutralsten ist. Das nächste Kapitel befasst sich mit weiteren Aspekten des Suizids.

3. Der Suizid

„Suizidhandlungen im Alter verlaufen häufiger tödlich als in anderen Altersgruppen, eindeutig abzulesen an der Wahl der Selbsttötungsmethoden“ (Erlemeier 2011, S.70). Welche Methoden im Alter am häufigsten gewählt werden, soll in diesem Kapitel aufgezeigt werden.

Des Weiteren beschäftigt sich das Kapitel mit gesellschaftlichen Aspekten und der ethisch-moralischen Bewertung von Suiziden. Diese soll unter Betrachtung von historischen Entwicklungen erläutert werden. Anschließend wird auf rechtliche Aspekte suizidaler Handlungen eingegangen.

3.1 Methoden des Suizids

Beim Suizid werden harte und weiche Methoden unterschieden. Mit den sogenannten harten Methoden wird eine hohe „Tödlichkeit“ verbunden. Diese umfassen bspw. Erschießen, Erhängen oder den Sturz aus großer Höhe. Ein tödlicher Ausgang ist hier wahrscheinlicher als bei einer sogenannten weichen Methode (vgl. ebd. S.70). Ältere Menschen ab 60 wählen am häufigsten die Suizidmethode des Erhängens, gefolgt von Vergiftungen und dem Gebrauch der Feuerwaffe (siehe Abb. 1).

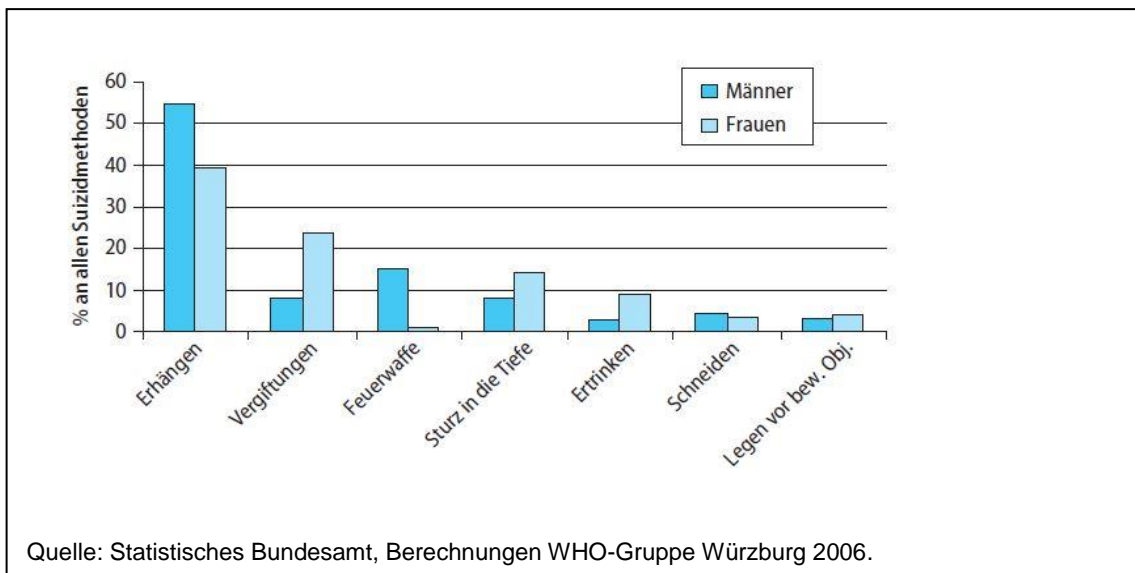


Abbildung 1: Suizidmethoden älterer Menschen (60 Jahre und älter) in Deutschland 2006.

Zu den weichen Methoden zählen Überdosen von Medikamenten oder toxische Vergiftungen bspw. durch Autoabgase (vgl. Erlemeier 2011, S.70). Wie in Abbildung 1 deutlich erkennbar ist, neigen männliche Suizidenten dazu, eine der harten Methoden zu wählen, während Frauen sich eher für eine weiche Methode entscheiden. Auch hierbei muss beachtet werden, dass eine Dunkelziffer über das wahre Ausmaß der tatsächlich durchgeführten Suizide hinwegtäuschen kann. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird im Kapitel 4 noch näher auf diesen zu beachtenden Aspekt eingegangen.

Mit zunehmendem Alter lässt sich in der Literatur ein Hang zu harten Methoden erkennen (vgl. Teising 1992, S.28). Schließlich wird die Art und Weise der Methoden auch von der Gesellschaft und den Möglichkeiten, die diese bietet, beeinflusst. In den Vereinigten Staaten von Amerika ist z. B. die Nutzung von Feuerwaffen die favorisierte Methode, um sich das Leben zu nehmen. Als Grund hierfür wird eine sogenannte liberale Gesetzgebung, was den Besitz einer Waffe angeht genannt (vgl. Erlemeier 2011, S.73).

3.2 Gesellschaftliche Aspekte und ethisch-moralische Bewertungen

Historisch betrachtet wurde die ethische Beurteilung des Suizids immer wieder diskutiert. Sie stellte die Gesellschaft vergangener Jahrhunderte vor die Streitfrage, ob Suizide zu verurteilen seien. In der christlichen Tradition und griechischen Philosophie wurde die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, moralisch eindeutig verurteilt (vgl. Birnbacher 1996 zit. n. Plitt 2006, S.69).

So kam es bspw. in England bis ins 19. Jahrhundert dazu, Suizidenten nach dem Versuch des Suizids mit dem Tod zu bestrafen. Erst seit dem 20. Jahrhundert ist der Suizidversuch im Vereinigten Königreich nicht mehr strafbar. In Deutschland wurde die Straffreiheit bei Suizidversuchen bereits ein Jahrhundert eher gesetzlich beschlossen. Dennoch kam es bis ins 20. Jahrhundert für Suizidenten zur Verweigerung eines christlichen Begräbnisses auf dem Friedhof (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.9).

Zur Zeit der Aufklärung vollzog sich in Bezug auf die Beurteilung des Suizids ein Wandel. Philosophen der französischen und englischen Aufklärung widerlegten die sozialetischen Begründungen zum Suizid ihrer Zeit. Beispielsweise brachte der Vordenker und Aufklärer Voltaire den preußischen König Friedrich den Großen soweit, dass dieser im Jahr 1751 die Strafbarkeit des Suizids aufhob (vgl. Birnbacher 1996 zit. n. Plitt 2006, S.69). Als Begründung fügte Voltaire an, (...) *dass das eigene Leben ein Geschenk Gottes sei und das Argument, das eigene Leben sei unverfügbar, setzte einen Gott*

voraus, der so grausam ist, ein Geschenk aufzuzwingen.“ (Birnbacher 1996 zit. n. Plitt 2006, S.69)

Es wird deutlich, dass sich die moralische Beurteilung des Suizids und die Diskussionen über die Verurteilung immer wieder veränderten. *„Dem zur Folge wurden Suizidhandlungen im Laufe der Geschichte kriminalisiert, verurteilt, ja bestraft oder geduldet, manchmal sogar erwartet oder als Ausdruck höchster menschlicher Freiheit und Seelenkraft geschätzt.“ (Erlemeier 2011, S.57)*

Heute wird der Fokus der Diskussion über den Suizid auf die Prävention gelegt, da besonders in hochindustrialisierten Ländern die Anzahl der Suizidversuche innerhalb der vergangenen Jahre gestiegen ist (vgl. Haltenhof 2004, S.242). Wird einem Menschen, der einen Suizidversuch unternommen hat, die Unfähigkeit unterstellt, die Folgen des eigenen Handels nicht abschätzen zu können, kann man sagen, *„daß die Grenzen von psychischer (und, beiläufig, körperlicher) Gesundheit gegen den Bereich der Krankheit stets willkürlich und nach dem jeweils in Geltung stehenden Bezugssystem der Gesellschaft gezogen werden.“ (Améry 1976, S.64)*

Daraus lässt sich ableiten, dass jeder Mensch selbst entscheiden darf, wann und wie er seinem Leben ein Ende zu setzen gedenkt und die Ausführung des Suizids hierbei ein Höchstmaß an menschlicher Freiheit bedeutet (vgl. ebd. S. 54f.).

In Deutschland gilt das Thema Suizid nach wie vor als Randphänomen und wird deshalb auch von der Öffentlichkeit und in politischen Kreisen kaum zur Kenntnis genommen. Ausnahmen stellen hier lediglich Personen des öffentlichen Lebens dar, wie bspw. der Profifußballer Robert Enke, der sich vor einen fahrenden Zug warf oder der Industriellensohn und Fotograf Gunter Sachs, der sich in den Kopf schoss. In diesem Fall wird die Gesellschaft mit dem Paradox konfrontiert, dass gerade diese Personen ein sorgenfreies, erfolgsverwöhntes Leben führten und dennoch zu diesem drastischen Schritt griffen, um aus dem Leben zu treten (vgl. Erlemeier 2011, S.7).

Der Alterssuizid genießt im Gegensatz zum Suizid bei jüngeren Menschen eine größere Akzeptanz, denn häufig wird mit diesem Schritt die Unerträglichkeit des Alters in Zusammenhang gebracht. Die Angst irgendwann die Handlungsfreiheit zu verlieren und dem eigenen Leben hilflos in Krankheit und Alterserscheinungen ausgeliefert zu sein, spielt bei dieser Akzeptanz eine besondere Rolle. Durch diese Betrachtung wird es allerdings schwieriger, eine Suizidprävention im Alter politisch durchzusetzen und diese zu rechtfertigen (vgl. ebd. S.7).

Kommt es zum Suizid, ist es für Hinterbliebene schwer, den Entschluss des verlorenen Angehörigen zu begreifen und diesen zu verarbeiten. In unserer Gesellschaft wird die Entscheidung freiwillig aus dem Leben zu treten überwiegend emotional negativ bewertet. Somit kommt es zu einer Polarisierung, die eine eigene emotional vertretbare Position nur schwer finden lässt (vgl. Hover 2007, S.116).

Mit dem Suizid erklärt man eine bewusste Handlung bzw. bewusstes Unterlassen lebensnotwendiger Handlungen, welche sich in den Begriffen Selbstmord und Freitod polarisieren lassen und somit bereits moralisch beurteilt werden. Der Begriff Mord ist ohne Zweifel negativ behaftet und beeinflusst den Begriff Selbstmord im Voraus ebenfalls negativ. Eine Wortwahl, die den Motiven des Suizidenten im Prinzip keinen Raum für Verständnis geben kann (vgl. ebd. S.116). Dabei stammt dieser Begriff *„(...) aus einer Zeit, als ein (versuchter) Suizid noch strafbar war und sozial bzw. moralisch geächtet wurde.“* (ebd. S.116). Bis in die heutige Zeit wird in vielen Religionen, so auch im Christentum, die Entscheidung zum Suizid als ethisch nicht hinnehmbar dargestellt, denn der Suizident ist nicht mehr in der Lage, seine Tat zu bereuen (vgl. ebd. S.116).

Der Begriff des Freitods drückt hingegen aus, dass sich die betroffene Person zu einer selbstbestimmten Tat entschlossen und sich dadurch zwischen Leben und Tod entschieden hat. Dies sollte als eine Entscheidung aus menschlicher Selbstbestimmung angesehen und dem Menschen gewährt werden. Allerdings

muss auch bei diesem Begriff genau hinterfragt werden, ob der Mensch hinter dem Suizid auch wirklich frei in seiner Entscheidung gewesen ist oder sich einem nicht zu bewältigenden Leid ausgesetzt sah, aus dem er keinen anderen Ausweg finden konnte (vgl. ebd. S.117).

Bei Suizidversuchen bleibt hingegen die Frage offen, ob der Suizident nicht von seinem sozialen Umfeld etwas erwartet hat bzw. seinen Mitmenschen etwas mitteilen möchte. Dies bedeutet nicht, dass es im Falle eines Versuches wirklich „nur“ dabei bleiben soll. Ganz im Gegenteil können Versuche zu einem späteren Zeitpunkt auch zu Ende geführt werden. Allerdings wird der Suizident in seinen Planungen eine Methode wählen, die bei der Durchführung keine Unterbrechung zulässt (vgl. Dormann 2006, S.133f.).

Lässt der Suizident es zu, dass er bei seiner Handlung beobachtet wird, so muss er damit rechnen, unterbrochen zu werden. Dieser Umstand gibt dem Unterbrechenden damit wiederum die Möglichkeit, den Suizidenten an seinem Vorhaben zu hindern (vgl. ebd. S.134). Das Angebot von Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen ist daher für die Sozialpädagogik eine Aufgabe mit Priorität. Zur Annahme dieser Hilfe kann der Suizident jedoch niemals gezwungen werden.

Auf den Aspekt der Suizidprävention, die letztendlich auch durch das Eingreifen einer Person in die suizidale Handlung beschrieben werden kann, wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit noch eingegangen.

Die Gesellschaft spielt auch im Motivationskonzept von Lindner-Braun (1990) eine wichtige Rolle. Das Konzept beschreibt, dass der Suizid als Spiegelbild der sozialen Verhältnisse einer Gesellschaft zu verstehen sei und nicht etwa ausschließlich als persönliches Unglück. Dieser Ansicht zufolge ist der Suizid kein psychologisches, sondern vielmehr ein soziales Phänomen (vgl. Teising 1992, S.51). *„In westlichen Industrienationen beruht die Suizidgefährdung auf egozentrischen Weltbildern.“* (ebd. S.51)

Jeder Mensch müsse daher im Stande sein, eine gewisse Selbstkontrolle entwickeln zu können, die wiederum durch Normen der Gesellschaft vermittelt wird. Dem liegt die Vorstellung nahe, dass die Wahrnehmung des Menschen einer Selektion und einem damit verbundenen Streben nach Genuss unterliegt. Durch gesellschaftlichen Zwang kommt es zur Kontrolle des eigenen Verhaltens, wobei es auch zu deviantem Verhalten kommen kann. Dieses Fehlverhalten kann schließlich in einen Suizid münden. Mit diesem Schritt sucht der Suizident oder in diesem Fall der Abweichler, den unerträglichen Zustand seines Lebens zu beenden (vgl. Teising 1992, S.51).

Die Bereitschaft sich das Leben zu nehmen wird durch die Aussichtslosigkeit beim Gedanken an die Zukunft verstärkt. Dadurch erscheint das Weiterleben für den Suizidenten sinnlos. Im Umkehrschluss gibt es durchaus Aspekte die den Betroffenen zögern lassen, wie die Furcht vor dem Tod und Gedanken daran, was nach dem Tod geschieht (vgl. ebd. S.52).

Bei alten Menschen können durch einen Suizidversuch nach dem Motivationskonzept durchaus positive Reize für den Suizidenten geschaffen werden. Der Betroffene bekommt erneut Aufmerksamkeit, nach der er sich sehnt und erhält dadurch wieder die Kontrolle, wenn auch nur partiell, über das eigene Leben zurück. Durch die vorübergehende Flucht aus der Isolation des Alters gelingt es dem Suizidenten, seine sozialen Bedürfnisse wieder zu befriedigen und eine Konstante im Leben herzustellen. Nur kann diese Konstante nicht von Dauer sein, da wir in einer sich ständig wandelnden Gesellschaft leben, welche einen Austausch mit dem Umfeld, gerade für alte Menschen, erschwert. In einer hochentwickelten Industrienation hat der einzelne Mensch zwar jede Möglichkeit individuell zu handeln, jedoch bleibt eine soziale Interaktion dabei oft nur auf ein Minimum reduziert (vgl. ebd. S.52f.).

Inwiefern der Einzelne auf den Wandel in unserer Gesellschaft und damit verbunden auf sein Umfeld reagiert, hängt von der Stärke der Persönlichkeit ab und sollte in der Arbeit mit Suizidenten beachtet werden. Neben verschiedenen

gesellschaftlichen Aspekten und Bewertungen dieser, spielen rechtliche Aspekte eine große Rolle. Der Zwiespalt in dem sich professionelle Helfer vor dem rechtlichen Hintergrund des Suizids befinden, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

3.3 Rechtliche Aspekte suizidaler Handlungen

Der Suizid an sich stellt keinen strafrechtlichen Tatbestand dar. Dies beinhaltet auch die Straffreiheit bei der Assistenz zum Suizid, solange die letzte Handlung zur Herbeiführung des Todes in der Hand des Suizidenten selbst liegt und dieser in seinem freien Willen nicht von außen manipuliert wird. Damit gilt strafrechtlich betrachtet ein Tötungsverbot auf der einen und eine Selbsttötungsfreiheit auf der anderen Seite (vgl. Erlemeier 2011, S.180f.).

Wird das Thema Suizid unter dem Aspekt der ärztlichen Assistenz betrachtet, stehen hierbei die ethischen und rechtlichen Fragen besonders im Vordergrund. Denn die Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid lassen sich nicht immer grundsätzlich voneinander trennen. Eine aktive Sterbehilfe ist in Deutschland rechtlich nicht zulässig. Aus diesem Grund erfolgt stets als Folge eines Behandlungsabbruchs, bspw. bei schwerer Krankheit, eine Grundversorgung des Patienten in Form von Flüssigkeitszufuhr und Ernährung (vgl. Wedler 1997, S.115).

Seitens der Bundesärztekammer gibt es zum Thema Sterbehilfe eine eindeutige Aussage:

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“
(Bundesärztekammer 2011) und widerspricht dem ärztlichen Ethos.

Wird der Suizid und auch der Versuch ohne äußeren Druck und freiwillig durchgeführt, zieht dies hingegen keine rechtlichen Konsequenzen nach sich. Gleiches gilt für die Anstiftung oder die Beihilfe (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.15).

Es geht im rechtlichen Sinne dabei nicht um ein Tötungsdelikt, sondern darum, dass die Tat an sich einzig und allein beim Suizidenten selbst liegt. Juristisch geahndet werden kann hingegen eine unterlassene Pflicht zur Rettung eines Suizidenten, wenn nicht klar erkennbar ist, ob sich die betroffene Person über das Ausmaß seines Handelns bewusst ist oder gar dessen freie Verantwortung sich selbst gegenüber eingeschränkt bzw. nicht mehr vorhanden ist (vgl. ebd. S.15).

Weiterhin verpflichtet der Gesetzgeber jeden Zeugen eines Suizidversuchs „(...) zur Leistung aller ihm möglichen und zumutbaren Hilfen (...) um einen Suizid zu verhindern. Dabei muss er sich selbst allerdings nicht in Gefahr begeben. Eine bewusste Missachtung dieser Verhinderungs- und Rettungspflicht kann als unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB) bestraft werden.“ (Eink/ Haltenhof 2006, S.16)

Eine besondere Stellung im Falle eines Suizidversuchs kommt Personen mit Verantwortung gegenüber dem Suizidenten zu. Dies gilt für Pflegepersonal sowie Angehörige und weitere professionelle Helfer. Wird durch diese die Beistandspflicht verletzt und somit ein Suizid ermöglicht bzw. nicht verhindert, so kann es unter Umständen sogar zu einer Anklage wegen Tötung durch Unterlassen kommen (vgl. § 212 Abs. 1 und 2, § 213 StGB). Als Voraussetzung hierbei gilt, dass der freie Wille beeinträchtigt oder gänzlich aufgehoben ist (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.16).

Zudem kann es zur Klage auf Schadenersatz durch angehörige Personen kommen, wenn bewiesen wird, dass entsprechende Hinweise wie Äußerungen der betroffenen Person, dem Leben ein Ende setzen zu wollen, nicht wahrgenommen wurden (vgl. ebd. S.16). Allen rechtlichen Einordnungen zum Trotz sollte die Würde und das Recht auf selbstbestimmtes Handeln des Suizidenten stets geachtet und dessen Entscheidung respektiert werden. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird noch auf die Legitimation einer Suizidprävention im Alter eingegangen werden.

Der rechtliche Hintergrund zum Thema Suizid scheint einerseits klar definiert zu sein. Andererseits zeigt sich im Umgang mit Suizidenten, dass Rechtsprechung und deren Einhaltung unter Umständen nur schwer miteinander vereinbar sind. Es bestehen Unsicherheiten, wann eingegriffen werden darf oder sollte und wann der Wille des Suizidenten zu respektieren ist. Im Hinblick auf die Suizidprävention bei alten Menschen sollte daher hinterfragt werden, ob professionelle Helfer das Recht haben, diese davon abzuhalten, sich das Leben zu nehmen oder ob es sogar deren Pflicht ist, sie vor dem Suizid zu „bewahren“ (vgl. Erlemeier 2011, S.191).

Im nächsten Kapitel werden die Besonderheiten der Suizidalität im Alter erläutert. Argumente für und gegen Suizidprävention im Alter sollen unter dem Aspekt der Legitimation in Kapitel 7 betrachtet werden.

4. Suizidalität im Alter

Das Verlangen, dem eigenen Leben ein Ende setzen zu wollen, ist meist Ausdruck von Belastungen und Krisensituationen, die von den Betroffenen als nicht zu bewältigen eingestuft werden (vgl. Erlemeier 2011, S.7). Besonders alte Menschen werden mit Belastungsfaktoren und körperlichen Veränderungen konfrontiert, durch welche sie ihr Leben als nicht mehr lebenswert erachten (vgl. ebd. S.19). Die Besonderheiten körperlicher Veränderungen, meist im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, werden daher in diesem Kapitel ebenfalls erläutert.

Die Anzahl an Suiziden und Suizidversuchen ist im Alter sehr hoch, was aktuelle Statistiken belegen. Häufigkeiten und Verbreitung der Suizidalität im Alter sollen im folgenden Kapitel dargestellt werden. Der Fokus liegt hierbei auf statistischen Berichten des Freistaates Sachsen, da diesbezüglich ein umfassender Bericht über Selbsttötungen im Freistaat Sachsen vorliegt (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2013). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erhebung von statistischen Daten zu Suiziden und

Suizidversuchen problematisch ist, da die Dunkelziffer von Suiziden auf ca. 10% geschätzt wird (vgl. Erlemeier 2011, S.65). Aus diesem Grund befasst sich dieses Kapitel abschließend mit der Schwierigkeit, Suizide und Suizidversuche zu erfassen.

4.1 Besonderheiten

Die Voraussetzung der Selbsttötung ist bei jedem Menschen gegeben. Überwiegend tritt diese jedoch bei Personen mit psychischen Krankheiten oder in Krisensituationen auf. Damit stellt das Phänomen der Suizidalität einen häufigen Grund für die psychische Behandlung von Suizidenten in psychiatrischen Einrichtungen dar (vgl. Wolfersdorf 1993, S.715).

Die mit der Behandlung einhergehenden Risiken stellen das Personal der entsprechenden Einrichtungen immer wieder vor die Herausforderung, möglichst den speziellen Bedürfnissen des suizidalen Patienten zu entsprechen. Auch körperliche Erkrankungen bilden einen wichtigen Einflussfaktor beim Thema Suizidalität, jedoch darf dieser nicht überbewertet werden, da die körperliche Erkrankung in diesem Sinne nicht isoliert betrachtet werden darf (vgl. Erlemeier 2002, S.62).

Gerade bei alten Menschen muss im fortgeschrittenen Alter auch davon ausgegangen werden, dass es in dessen Verlauf zu einer Vielzahl von Krankheiten kommen kann. Diese Krankheiten werden aber unabhängig von der medizinischen Diagnose vom Betroffenen erlebt und wahrgenommen. Wie Teising erwähnt, *„ist die subjektive Verarbeitung einer Krankheit [und] nicht der objektive Befund“* (Teising 1992, S.41; Änd. d. Verf.) entscheidend.

Aspekte, wie der steigende Hilfebedarf bei der Alltagsbewältigung, starke Schmerzen, Angst vor der Zukunft und dem Tod müssen dabei berücksichtigt werden. Betroffene alte Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen sich besonders mit diesen Umständen auseinandersetzen. Gleichzeitig muss

beachtet werden, dass im Alter physische und psychische Erkrankungen oftmals miteinander einhergehen. Insbesondere Altersdepressionen und dementielle Störungen sollen hier als Beispiele genannt werden (vgl. Hautzinger 2000, S.3ff.).

Depressive Störungen stellen im Alter eine der häufigsten Erkrankungen neben der Demenz dar. Obwohl depressive Störungen auch bei jungen Menschen auftreten können, weist die Depression im Alter andere Merkmale auf. Im höheren Alter festigt sich eine Depression eher, da eine andere Wahrnehmung des eigenen Befindens besteht und ein differenziertes Verhältnis zum eigenen Körper und altersbedingten Krankheiten ausgeprägt ist (vgl. Teising 1992, S.39).

Wesentliche Merkmale einer Depression sind Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Lustlosigkeit. Weiterhin können Schlafstörungen, Ängste und Gedanken an den Tod sowie Hoffnungslosigkeit auftreten. Auslöser dafür können unterschiedlicher Herkunft sein, bilden aber nicht selten ein Zusammenspiel von physischen und psychischen Bedingungen, die das Alter mit sich bringt. Als Folge daraus lässt sich die Diagnose Altersdepression schwieriger stellen, da depressive Symptome oft als Folge von Alterungsprozessen verkannt werden. Auf der anderen Seite stehen Selbstzweifel und die subjektive Erkenntnis der Funktionseinschränkung des eigenen Körpers, verbunden mit einem Gefühl von Wertlosigkeit und einer schwindenden Selbstachtung als typische Auffälligkeiten der Depression im Alter (vgl. Hautzinger 2000, S.3ff.).

Durch Depressionen verursachte Leiden wirken sich vermehrt auf das Suizidrisiko bei Betroffenen aus. Schätzungen zu Folge liegt in Verbindung mit einer Depression die Suizidrate etwa 30mal höher als bei nicht depressiven Suizidenten (vgl. Erlemeier 2002, S.65).

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass altersbedingte Gebrechen in Verbindung mit schweren Erkrankungen und sozialen Entbehrungen vorhandene suizidale Tendenzen verstärken können. Daher ist es wichtig,

neben der Behandlung einer somatischen Erkrankung auch auf die psychosozialen Begleitumstände achtzugeben.

4.2 Häufigkeiten und Verbreitung

Die Statistik zeigt, dass die Häufigkeit an Suiziden in Deutschland ab einem Alter von 60 Jahren deutlich zunimmt (vgl. Erlemeier 2011, S.68). Dies soll anschließend anhand der bundesweiten Verteilung sowie anhand aktueller Zahlen des Freistaat Sachsen belegt werden.

4.2.1 Bundesweite Verteilung

Im Folgenden werden Daten des Statistischen Bundesamtes (2012) dargestellt. Es handelt sich hierbei nicht ausschließlich um Fälle vorsätzlicher Selbstschädigung, sondern um Zahlen von Todesursachen geordnet nach Nummern des ICD 10 im gesamten Bundesgebiet. In Tabelle 1 werden die Todesursachen in Deutschland 2012, differenziert nach Geschlecht, dargestellt. Der Suizid nimmt hier mit nur 1,1% (gesamt) eine nachrangige Stellung ein. Es wird jedoch deutlich, dass mehr Männer (73,7%) als Frauen (26,3%) Suizide begehen (vgl. Statistisches Bundesamt 2012). Diese Statistik dient allerdings lediglich zur Übersicht aller Suizide oder zumindest derer, die als solches eindeutig erfasst werden konnten. Besonders wichtig ist, dass durch die Daten in der Tabelle keine Dunkelziffer nachgewiesen werden kann. Grund dafür ist, dass einige Todesursachen oft nicht als Suizid erfasst sondern als Unfall etc. deklariert werden. Beispielsweise können Verletzungen, Vergiftungen und Stürze auch suizidale Handlungen darstellen, da nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, dass diese einen suizidalen Hintergrund haben (vgl. Schmidke/ Sell/ Löhr 2008, S.4f.).

Pos.- Nr ICD- 10 ¹	Todesursachen	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
		Anzahl	in %	Anzahl	%- Anteil an der Todes- ursache	Anzahl	%- Anteil an der Todes- ursache
A00 bis T98	Insgesamt	869 582	100,0	416 423	47,9	453 159	52,1
Darunter							
C00 bis C97	Bösartige Neubildungen	221 611	25,5	120 080	54,2	101 531	45,8
I00 bis I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	349 217	40,2	150 149	43,0	199 068	57,0
I21 bis I22	Myokardinfarkt	55 425	6,4	30 894	55,7	24 531	44,3
J00 bis J99	Krankheiten des Atmungssystems	60 454	7,0	32 229	53,3	28 225	46,7
K00 bis K93	Krankheiten des Verdauungssystems	40 094	4,6	20 448	51,0	19 646	49,0
S00 bis T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	32 931	3,8	19 780	60,0	13 151	40,0
darunter nach der äußeren Ursache (V01 bis Y98)							
V01 bis V99	Transportmittelunfälle	3 979	0,5	2 934	74,0	1 045	26,0
W00 bis W19	Stürze	10 240	1,2	4 689	45,8	5 551	54,2
X60 bis X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizid)	9 890	1,1	7 287	73,7	2 603	26,3

¹ Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10).

Tabelle 1: Todesursachen (Anzahl der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen 2012).

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012.

Wie in der folgenden Abbildung (Abb. 2) zu erkennen ist, nimmt die Suizidalität besonders im Alter zu. Auffällig ist, dass es männlichen Suizidenten offensichtlich weniger schwer fällt, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Frauen entscheiden sich demnach erst spät im Alter für den Schritt der vorsätzlichen Selbstschädigung. Damit liegen sie dennoch weit hinter den

männlichen Suizidenten. Hierbei sind darüber hinaus verschiedene Ursachen entscheidend, auf die im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit noch eingegangen wird.

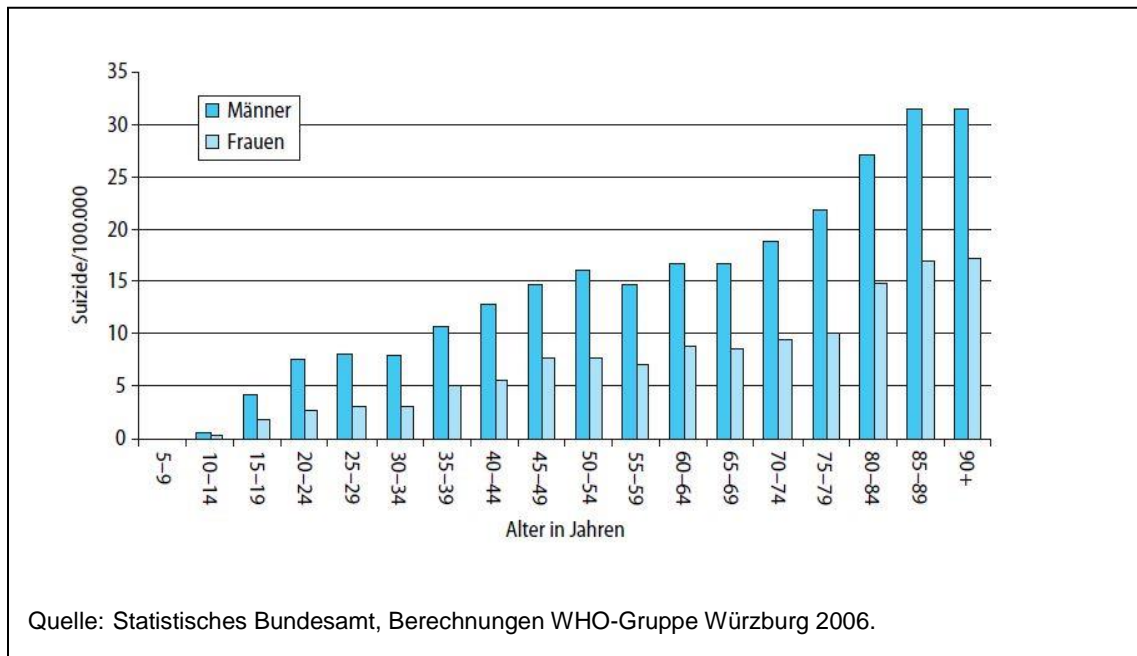


Abbildung 2: Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland 2006.

Von den Daten des Statistischen Bundesamtes soll nun der Fokus auf den Freistaat Sachsen gerichtet werden. Um hierzu Aussagen zu treffen, wurden Daten des Statistischen Landesamtes in Kamenz genauer betrachtet.

4.3 Das Bundesland Sachsen und seine demografische Entwicklung

In unserer Gesellschaft haben sich innerhalb der vergangenen Jahrzehnte enorme Veränderungen in den Punkten Lebenserwartung der Menschen und Wandel der Bevölkerung vollzogen. Innerhalb der Gesamtbevölkerung ist als Folge dessen ein enormer Zuwachs an älteren und alten Menschen zu verzeichnen. Verantwortlich dafür ist unter anderem eine verbesserte medizinische Versorgung und damit verbunden eine höhere Lebenserwartung (vgl. Weyerer/ Bickel 2007, S.42).

Vor hundert Jahren lebten in Deutschland deutlich weniger Menschen, die das 65. Lebensjahr bereits überschritten haben. Die Anzahl der hochaltrigen Menschen hat sich im Vergleich zu damals bereits verzehnfacht. Damit belegt Deutschland einen der vorderen Plätze mit einem hohen Bevölkerungsanteil alter Menschen. Übertroffen wird unser Land dabei lediglich von Spanien und Italien. Damit wird ungefähr die Hälfte der Männer und ca. zwei Drittel der Frauen ein Alter von 80 Jahren erreichen (vgl. ebd. S.42ff.).

Im Bundesland Sachsen wird vom Statistischen Landesamt in Kamenz eine Statistik geführt, welche Senioren in Sachsen betrifft und über demografische Entwicklung, Alltagsbewältigung sowie Todesursachen Auskunft gibt. Da in Sachsen mittlerweile immer mehr ältere und alte Menschen leben, hat bereits jeder vierte im Freistaat Lebende das 65. Lebensjahr erreicht. Das macht prozentual gesehen ca. 24,7% der Gesamtbevölkerung in Sachsen aus. Im Gegensatz zu dieser Entwicklung reduziert sich der gesellschaftliche Anteil jüngerer Menschen, was auf sinkende Geburtenzahlen und eine steigende Lebenserwartung zurückzuführen ist (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012, S.1).

Im direkten Vergleich zu den anderen Bundesländern leben in Sachsen die meisten Menschen im Rentenalter. Seit 1990 hat sich die Anzahl der über 65jährigen um 36,3% erhöht (vgl. ebd. S.2). Das hat zur Folge, dass die Gesellschaft bis zum Jahr 2025 wesentlich von Menschen im Alter von 80 Jahren und älter geprägt sein wird (vgl. ebd. S.3).

Suizidalität im Freistaat Sachsen

Das statistische Landesamt in Kamenz, Sachsen, veröffentlichte im Jahr 2013 einen statistischen Bericht über Selbsttötungen im Freistaat im Jahr 2012. Aufgrund der Aktualität und Relevanz für die Thematik der Arbeit, sollen an dieser Stelle Aussagen über das Verhalten bei vorsätzlicher Selbstschädigung der Einwohner dieses Bundeslandes getroffen werden.

Als Grundlage der Darstellung der vorsätzlichen Selbstschädigung dient das ICD-10, mit dessen Verwendung Krankheiten und artverwandte Gesundheitsprobleme statistisch klassifiziert werden können. Im hier verwendeten Bericht wurden Personen erfasst, bei denen durch einen Arzt zweifelsfrei die Folge einer vorsätzlichen Selbstschädigung festgestellt werden konnte. Im Kapitel XX des ICD-10 werden unter den sogenannten Codenummern X60-X84 vorsätzliche Selbstschädigungen ausgewertet¹ (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2013, S.2).

Der hier verwendete Bericht gibt darüber Auskunft, dass sich im Kalenderjahr 2012 insgesamt 645 Menschen, davon 457 männliche und 188 weibliche Personen, mit Vorsatz das Leben genommen haben. Im direkten Vergleich stellen diese Zahlen einen deutlichen Überhang bei Männern und damit 70,9% aller Suizide dar. Im Vergleich zum Jahr 2011 ist jedoch ein leichter Rückgang bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen. Die betroffenen Personen favorisierten die Methode des Erhängens als Tötungsart. Weitere Methoden waren Vergiftungen und der Sturz aus großer Höhe (vgl. ebd. S.2).

Weiterhin wird im Bericht über vorsätzliche Selbstschädigungen differenziert nach Monaten Auskunft gegeben. So stehen die Monate September und November an vorderster Stelle. Im Januar und Februar nehmen sich hingegen die wenigsten Menschen das Leben (vgl. ebd. S.2).

Außerdem lassen sich in diesem Bericht statistische Daten über den Suizid im Alter entnehmen. Betrachtet werden die Selbsttötungen ab einem Alter von 65 Jahren. Somit nahmen sich im Jahr 2012 insgesamt 283 Menschen ab einem Alter von 65 Jahren das Leben. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt dies eine Differenz von 3 Todesfällen. In Geschlechter unterteilt gab es laut der Statistik des Jahres 2012 178 Todesfälle bei Männern und 105 Todesfälle bei Frauen durch vorsätzliche Selbstschädigung. Ein besonders drastischer Unterschied im Vergleich der Suizidalität beider Geschlechter zeigte sich im Jahr 2011. Hier

¹ Vgl. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/V01-Y84.html>.

nahmen sich 204 männliche und 76 weibliche Personen selbst das Leben (vgl. ebd. S.3).

Auch in dieser Altersgruppe war die häufigste Suizidmethode das Erhängen: 123 Männer und 52 Frauen nahmen sich auf diese Weise ihr Leben (vgl. ebd. S.4). In der Landeshauptstadt Dresden gab es im Jahr 2012 insgesamt 77 vollendete Suizide (vgl. ebd. S.5). Davon waren 28 Suizidenten 65 Jahre und älter (vgl. ebd. S.6).

Beim Erfassen der statistischen Daten werden u. a. ausgewählte Merkmale, wie z.B. der Kalendermonat, die Religionszugehörigkeit sowie der Familienstand berücksichtigt.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird noch auf den Einfluss sozialer Faktoren auf Suizidalität im Alter eingegangen werden. Einer dieser Faktoren ist die soziale Isolation. Ein häufiges Merkmal des Alters ist die Verwitung eines der Ehepartner und dem damit verbundenen Verlust einer direkten, sozialen Beziehung. So nahmen sich im Jahr 2012 insgesamt 126 und im Jahr davor 102 verwitwete Menschen im Freistaat das Leben. Betroffen waren im Jahr 2012 auf männlicher Seite 61 und auf weiblicher Seite 65 Menschen. Im erneuten Vergleich mit dem Vorjahr ergibt das bei den Männern 2 Todesfälle mehr und bei den Frauen 26 Todesfälle weniger (vgl. ebd. S.8).

Wie in der folgenden Abbildung (Abb. 3) dargestellt, kommt es bei männlichen Personen im höheren Alter am häufigsten zum Suizid. Beim Betrachten der verwendeten Abbildung lässt sich vermuten, dass es sich bei den Suizidenten um alleinstehende oder auch verwitwete männliche Personen handeln könnte. Statistisch betrachtet gibt es jedoch keine Angaben, weshalb sich die Zahl der Suizidenten auf männlicher Seite im Alter von 75 und mehr Jahren so drastisch erhöht.

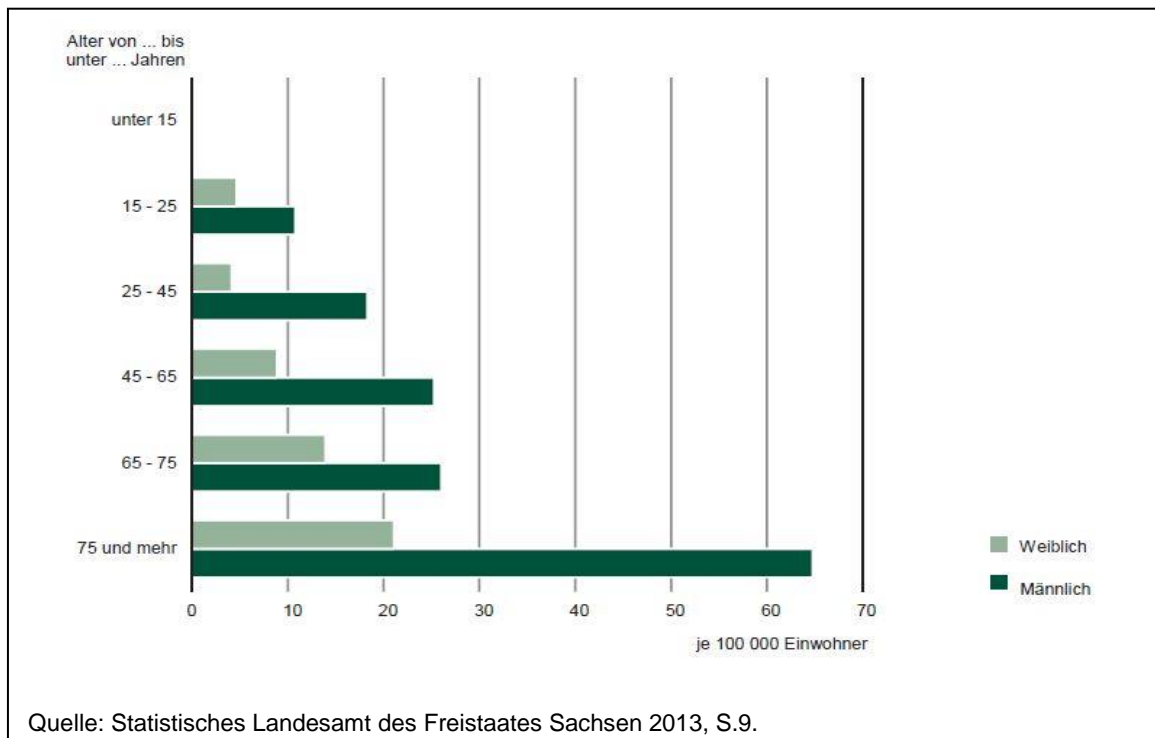


Abbildung 3: Vorsätzliche Selbstschädigungen je 100 000 Einwohner im Freistaat Sachsen 2012 nach Alter und Geschlecht.

Es wurde deutlich, dass es v.a. Unterschiede im suizidalen Verhalten zwischen Frauen und Männern gibt, welche sowohl in der Methodik als auch in der Häufigkeit der Suizide liegen.

Das Erfassen statistischer Daten zu Suiziden und Suizidversuchen ist jedoch auch stets mit Schwierigkeiten verbunden. Gründe liegen wie bereits erwähnt oft an der Uneindeutigkeit der Todesursache der Verstorbenen. Der nächste Punkt soll sich daher mit dieser Thematik befassen, da sich eine nicht zu erfassende Zahl von Menschen selbst das Leben nimmt, ohne dass dies als Suizid erfasst werden kann.

4.4 Von der Schwierigkeit Suizidversuche und Suizid zu erfassen

Beim Thema Suizid im Alter kann oftmals nicht zwischen Unfall und Vorsatz unterschieden werden. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass es eine weitaus höhere Dunkelziffer gibt, als von der Statistik erfasst werden kann (vgl. Schmidke/Sell/Löhr 2008, S.4f.).

Allerdings kann diese Dunkelziffer nur vorsichtig formuliert werden, da sie von verschiedenen Faktoren wie bspw. der Methode, dem Geschlecht und dem Alter abhängig ist (vgl. ebd. S.5).

Speziell bei alten Menschen liegt der eben beschriebene Wert besonders im Verborgenen, da diese unter Anwendung einer sogenannten weichen Methode die Eindeutigkeit der Selbsttötung nicht mehr klar erkennen lassen. In diesem Fall wird die Todesursache als unklar eingestuft (vgl. ebd. S.5). *„Man könnte daher annehmen, dass sich vor allem in den Todesursachenkategorien „unklare Todesursachen“ bei alten Menschen Suizide verbergen.“* (ebd. S.5)

Mit zunehmendem Lebensalter lässt sich eine gesteigerte Suizidhäufigkeit feststellen. Reell betrachtet sind die hier verwendeten Zahlen jedoch nur eine Annäherung an die Wirklichkeit und an die Dimensionen des Alterssuizids (vgl. Teising 1992, S.25).

Die Verweigerung lebensnotwendiger Medikamente oder Nahrungsverweigerung werden ebenso wenig von den Statistiken erfasst. Das hat zur Folge, dass die Übergänge von suizidalem zu chronisch selbstschädigenden Verhalten fließend und somit nicht mehr erkennbar sind. Zu den angeführten Aspekten zählt zudem ein im Alter zunehmend auftretender Missbrauch von Medikamenten (vgl. ebd. S.25).

Im Vergleich zur Wirklichkeit scheinen die Zahlen auch deshalb zu niedrig, da weiche Suizidmethoden wie bspw. eine Alkohol- und Medikamentenvergiftung, häufiger nicht erfasst werden als harte Methoden. Gleiches gilt für Drogentote, die sich mit Absicht eine Überdosis verabreichen (vgl. ebd. S.26).

„Ob überhaupt wahrgenommen wird, dass sich jemand das Leben nehmen will, ist abhängig von der verwendeten Suizidmethode, von seinem Geschlecht, von seinem Alter und von seiner sozialen Schichtzugehörigkeit.“ (ebd. S.26)

In der Bundesrepublik Deutschland werden durch die statistischen Landesämter Statistiken über Suizide geführt. Zur Ermittlung dieser Werte und der Möglichkeit der Eingrenzung in Altersgruppen, wird das sogenannte Ungarische Muster verwendet. Aus diesem Wert geht hervor, dass der prozentuale Anteil an Suiziden mit zunehmendem Alter erkennbar ansteigt und im höheren Lebensalter wieder abnimmt. Unterschieden wird hierbei nach Geschlecht und Alter (siehe Abb. 4):

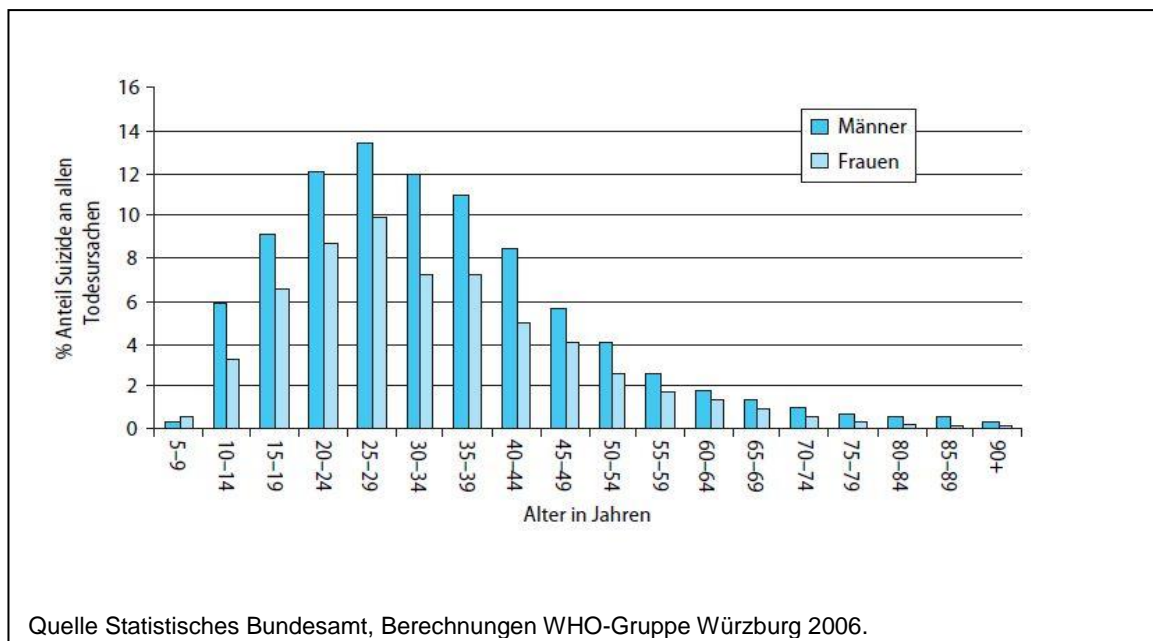


Abbildung 4: Anteil von Suiziden an allen Todesursachen in Deutschland 2006.

Bei alten Menschen wird durch das Geschlecht ein wichtiger Faktor für den Suizid dargestellt mit der Folge, dass alte Frauen weniger suizidgefährdet sind als alte Männer. Dies zeigt sich beim Suizidversuch auf weiblicher Seite und den damit verbundenen weich gewählten Methoden. Die Folge ist, dass das Risiko des vollendeten Suizids damit geringer ausfällt als bei männlichen Personen gleichen Alters. Bei der Durchführung des Suizids zeigt sich bei den

Männern ein deutlicher Überhang. Hierbei hängt die Wahl der verwendeten Methode oft von der Verfügbarkeit bzw. einer unmittelbaren Möglichkeit ab. Sogenannte harte Methoden, wie sie bereits beschrieben wurden, ziehen männliche Suizidenten eher in Betracht (vgl. Erlemeier 2002, S.43f.).

Als Beispiele können an dieser Stelle Erhängen, ein Sturz aus großer Höhe oder Erschießen genannt werden. Bei dem vollendeten Suizid sind demnach meist harte Methoden als Instrument der Selbsttötung gewählt worden, da diese ein hohes Maß an Erfolg bei der Durchführung in Aussicht stellen. Über alle Altersgruppen hinweg überwiegt das Erhängen als Suizidmethode (vgl. ebd. S.43).

Bei beiden Geschlechtern findet sich allerdings mit zunehmendem Alter häufiger eine harte Methode, um dem Leben ein Ende zu setzen. Es wird dadurch deutlich, dass sich die Suizidenten angesichts ihrer Probleme das Leben nehmen wollen (vgl. Teising 1992, S.28f.).

Wie hoch nun die tatsächliche Zahl von vollendeten Suiziden ist, kann demnach nur geschätzt werden. Es wird nicht gelingen die Dunkelziffer zu ermitteln bzw. sämtliche Todesursachen stets der korrekten Ursache zuzuordnen. Die Gründe für einen Suizid sind mindestens ebenso vielfältig wie die Möglichkeiten sich selbst das Leben zu nehmen. Ursachen und Hintergründe von Suiziden im Alter sollen im nächsten Kapitel erläutert werden.

5. Ursachen und Hintergründe der Suizidalität im Alter

Eine erhöhte Suizidalität im Alter kann sich durch das Zusammenwirken vieler verschiedener Faktoren erklären lassen. Hierzu zählen psychische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen und einschneidende Lebensereignisse (vgl. Wächtler/ Erlemeier/ Teising 2008, S.131f.).

Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmendem Alter körperliche Krankheiten zum Leben eines alten Menschen gehören und aus diesem Grund nicht automatisch mit Suizidgedanken in Verbindung gebracht werden dürfen. Es entscheidet in dieser Situation nicht die Krankheitsdiagnose, sondern die Einschränkung bei der Bewältigung des Alltags, das Gefühl von anderen Menschen abhängig zu sein sowie die Angst davor Schmerzen zu erleiden (vgl. Erlemeier 2011, S.19).

In diesem Kapitel soll der Einfluss von sozialen und psychischen Faktoren auf die Suizidalität dargestellt werden. Dabei wird auf Veränderungen des psychischen Apparates im Alter und die narzisstische Problematik ebenso eingegangen wie auf das präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel. Abschließend soll weiterhin das Prozessmodell nach Erlemeier erläutert werden.

5.1 Der Einfluss sozialer Faktoren

Der Einfluss sozialer Faktoren spielt eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Suizidgedanken im Alter. Nachfolgend soll dieser am Beispiel folgender Faktoren erläutert werden: Schichtzugehörigkeit, Gesundheitsstatus, Geschlecht und soziale Kontakte.

Laut Teising (1992) hat die Schichtzugehörigkeit keinen direkten Einfluss auf die Suizidhäufigkeit im Alter. Menschen aus höheren gesellschaftlichen Schichten und mit höherer Schulbildung suchen jedoch in Krisensituationen häufiger Hilfsangebote wie bspw. psychotherapeutische Behandlungen auf. Demgegenüber stellte er bei seinen Forschungen fest, dass Menschen, welche

bereits einen Suizidversuch unternommen haben, häufiger aus unteren sozialen Schichten stammen (vgl. Teising 1992, S.46).

Weiterhin hat der Gesundheitszustand einen großen Einfluss auf die Suizidalität im Alter. Besonders unheilbare Krankheiten haben einen hohen Stellenwert und sind häufig für Suizide verantwortlich. Hierbei spielt die subjektive Wahrnehmung des eigenen körperlichen Zustandes eine entscheidende Rolle (vgl. ebd. S.47). Der Einfluss gesundheitlicher Faktoren auf die Alterssuizidalität wird im weiteren Verlauf der Arbeit dargestellt.

Als Folge abnehmender Kontakte und der weniger werdenden Kommunikation mit dem sozialen Umfeld schrumpft einerseits das Netzwerk, welches oft über Jahrzehnte erweitert und gepflegt wurde. Zum anderen können psychische Erkrankungen und physische Begleitscheinungen des Alters eine enorme Auswirkung auf das Wohlbefinden alter Menschen haben und als Folge daraus die betroffene Person an der Pflege der sozialen Kontakte hindern, ohne dass dieser Prozess noch aktiv beeinflusst werden könnte (vgl. Erlemeier 2011, S.90).

Die Reduktion sozialer Netzwerke alter Menschen bedeutet allerdings nicht automatisch auch die Abnahme der Qualität noch vorhandener sozialer Beziehungen mit dem Umfeld. Es hat vielmehr zur Folge, dass die Intensität und die Qualität der verbliebenden Kontakte gleichbleibend fortgeführt oder diese sogar noch gefestigt werden. Gefühle der Einsamkeit können als ein Aspekt der Folge des Alterns gesehen werden. Sie sind jedoch nicht als Qualitätsmerkmal anzusehen, sondern vielmehr als Folge des Mangels eines emotionalen Austauschs zu werten (vgl. ebd. S.90).

Es sind demnach weniger die äußeren Merkmale wie die Kontaktdichte, sondern vielmehr Gefühle des Ausgeschlossenseins, der Einsamkeit, interpersonale Probleme und konfliktbehaftete Beziehungen, die den Menschen in eine suizidale Krise führen können (vgl. Teising 1992, S.44).

Einen besonderen Fakt in puncto Suizidalität im Alter stellt der Verlust des Partners dar, durch dessen zentrale Rolle in der Alltagsbewältigung das Gefühl

hervorgeht, den alltäglichen Anforderungen plötzlich nicht mehr gewachsen zu sein. Besonders Männer, die im Alter ihre Partnerin verloren haben, stehen unter einem höheren Suizidrisiko, da sie dem emotionalen Druck in Verbindung mit schwindenden Kontakten, Konflikten und Belastungen schwerer standhalten können (vgl. ebd. S.44).

Ein weiterer Faktor stellt der Geschlechterunterschied von Frauen und Männern dar. Im Gegensatz zu älteren Männern sind Frauen im Alter oft produktiver und haben ein größeres Verlangen nach gesellschaftlicher Teilhabe. Männer hingegen richten ihren Focus auf bereits vorhandene Interessen und eingefahrene Verhaltensweisen. Dabei laufen diese allerdings Gefahr, bei Abnahme der Akteure des sozialen Umfeldes in Isolation zu geraten, während Frauen hingegen Neues ausprobieren möchten und somit Angebote der Geselligkeit stärker frequentieren als ihre männlichen Altersgenossen. Durch die erweiterte Bereitschaft, Unterstützungsmöglichkeiten im Alter anzunehmen, entgehen ältere Frauen der Isolation durch die Teilnahme bspw. an Veranstaltungen im kulturellen oder gesundheitlichen Bereich und haben demnach auch ein geringeres Risiko für suizidale Handlungen (vgl. Erlemeier 2002, S.72).

Demnach stellen der Verlust des Partners und der Verlust von Freundschaften sowie ein abnehmender Kontakt zu den eigenen Kindern einschneidende Erlebnisse im Leben alter Menschen dar. Der Wegfall kompletter sozialer Netzwerke kann suizidale Handlungen begünstigen. Jedoch besitzen alte Menschen auch die Fähigkeit, diesen Hindernissen zu begegnen, da sie auch im Alter besondere Kompetenzen besitzen. Dies wird im sogenannten Kompetenzmodell beschrieben, welches die Vorteile des Alters in den Mittelpunkt stellt und sich inhaltlich gegen die defizitären Ansichten des Alters richtet. Es geht nicht mehr um Veränderungen, wie z. B. bei jungen Menschen, sondern vielmehr um das Erreichen einer Konstante im Leben und damit verbundener Akzeptanz der eigenen Endlichkeit (vgl. Teising 1992, S.64).

„Der Suizid des alten Menschen ist einerseits ein allerletzter Versuch, unter Einsatz seines Lebens, die Konstanz aufrechtzuerhalten, wenn er von Veränderungen und Verlusten überwältigt wird. Andererseits fehlt ihm die Kompetenz, Unveränderbares und endgültige Verluste anzuerkennen.“ (Teising 1992, S.64)

Letztlich kommt es nicht allein nur durch Entbehrungen und Verluste im sozialen Umfeld zu Suizidalität. Auch die psychische Verfassung eines alten Menschen trägt einen entscheidenden Teil zu suizidalen Tendenzen und daraus resultierendem Verhalten bei.

5.2 Der Zusammenhang mit psychischen Faktoren

Im Fall von Suizidenten ist es äußerst wichtig, sich mit der Lebensstruktur und den damit verbundenen Lebensproblemen der betroffenen Person auseinanderzusetzen. Die Kenntnis, wie die einzelne Person mit Hürden umgeht oder in einer Krisensituation agiert, gibt Aufschluss über den Hintergrund ihres Handelns und hilft zu verstehen, wie es zum Suizidversuch oder dem vollendeten Suizid kommen konnte.

Das Leben lässt sich in drei große Bereiche gliedern, welche in Abhängigkeit zueinander stehen: Das Gemeinschaftsleben, die Arbeit und die zwischenmenschlichen Beziehungen. Das aus diesen Bereichen resultierende Verhalten ist demnach die Antwort auf unseren Lebensstil (vgl. Adler 1981, S.87f.).

Der Mensch ist ein Teil der Gesellschaft und möchte auch als solcher verstanden werden. Nicht zuletzt deshalb ist das Zusammenwirken aus den oben genannten drei Bereichen des Lebens für ihn als Individuum wichtig aber auch kompliziert. Unterläuft dem Betroffenen nun in Folge des Lebensstils ein Fehler, so erhöht sich der Druck in der Gemeinschaft, diesen zu beheben oder zu rechtfertigen. Gelingt dies jedoch nicht, so kann es in Folge dieses devianten Verhaltens zu einem Suizid kommen (vgl. ebd. S.88).

Der Zusammenhang von psychischen Faktoren und Suizidalität kann unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. Im folgenden Punkt werden anfangs die Veränderungen des psychischen Apparates im Alter und die damit verbundene narzisstische Problematik dargestellt. Des Weiteren werden psychologische Erklärungsansätze in die Betrachtung einbezogen. Hierbei wird auf das präsuizidale Syndrom nach Ringel eingegangen. Es folgt das Prozessmodell nach Erlemeier, welches sich mit sozialen und psychischen Lebensereignissen zusammenhängend befasst und auseinandersetzt.

5.2.1 Veränderungen der Psyche im Alter und die narzisstische Problematik

Die Narzissmustheorie bildet innerhalb der Suizidforschung einen Erklärungsansatz, mit dem sich Verhaltensweisen von Suizidenten besser erklären und dadurch individuell betrachten lassen. Als Vertreter der Narzissmustheorie ist vor allem Henseler (2000) zu nennen (vgl. Erlemeier 2002, S.86).

Der Begriff Narzissmus beschreibt *„die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selbst.“* (Henseler 2000, S.73) Entspricht diese Einstellung nicht der Realität, liegt eine narzisstische Störung vor (vgl. ebd. S.73).

Ein labiles Selbstwertgefühl, welches auch in Gefühle der Minderwertigkeit umschlagen kann, gilt als ein primärer Faktor eines gestörten, narzisstischen Systems. Um das narzisstische Gleichgewicht wieder herstellen zu können, stehen dem jeweils Betroffenen eine Vielzahl von Mechanismen der Kompensation zur Verfügung (vgl. Schmidtke 1988, S.232).

Der Betroffene hat im Laufe des Lebens gelernt, mit Kränkungen umzugehen und versucht möglicherweise durch die Auseinandersetzung mit den erlittenen Kränkungen den Idealzustand wieder herzustellen. Ist die Kränkung jedoch zu schwer, reichen die Mechanismen zur Kompensation nicht mehr aus und das Risiko suizidal zu handeln steigt (vgl. Welz 2000, S.731f.).

Folgende Aspekte lassen sich zum typischen Suizidenten ableiten:

- Der Suizident ist eine Persönlichkeit, die in ihrem Selbstwertgefühl stark verunsichert ist.
- Der Suizident fühlt sich bedroht in einen Zustand von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verlassenheit zu geraten aus dem er mit eigener Kraft nicht mehr herauskommt.
- Als Schutzmechanismus idealisiert der Suizident sich selbst. Somit kommt es zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität und des persönlichen Umfeldes.
- Reichen die Schutzmechanismen nicht aus um einen idealen Zustand herzustellen, kommt es zum Rückzug in einen phantastischen, idealen Zustand.
- Kommt es von der Phantasie zur Handlung, glaubt der Suizident seiner narzisstischen Kränkung entkommen zu können. Somit glaubt er, das eigene Selbstwertgefühl wieder herstellen zu können (vgl. Henseler 2000, S.85).

Fühlt sich die betroffene Person in ihrem Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt oder gekränkt, kann eine suizidale Handlung ausgelöst werden. Narzisstische Kränkungen im Alter werden oft als Erscheinungen des körperlichen Verfalls, als Ausdruck von Ängsten und Konflikten bei Betroffenen gesehen. Die daraus resultierenden, affektiven Handlungen bestärken die Abnahme der sozialen Herabsetzung und des eigenen Selbstwertgefühls und münden in ein Gefühl des Versagens und der Abhängigkeit von anderen Personen. Bricht diese Scham und Hilflosigkeit unkontrolliert aus dem Suizidenten heraus, kann es zu einer aggressiven Haltung gegenüber den Helfern und des sozialen Umfeldes kommen, in der Annahme dadurch das eigene Selbstwertgefühl steigern und die Schamgefühle abwehren zu können. Als Folge dieser affektiven Handlung lehnen die Betroffenen jede Hilfe ab, unabhängig davon, wie sehr die angebotene Hilfe durchaus benötigt wird um den eingeschränkten Alltag zu bewältigen (vgl. Lüdke 1992 zit. n. Plitt 2006, S.51f.).

Dieser Abwehrmechanismus, bestehend aus Projektionen der eigenen Hilflosigkeit und eines ausgeprägten Schamgefühls, kann, sollte er nicht mehr das durch diese Verhaltensweisen erwünschte Resultat bringen, zum Suizid führen. Durch diese Handlung verspricht sich der Suizident das unerträgliche Gefühl, das eigene Leben nicht mehr aktiv beeinflussen zu können, abzuschalten (vgl. ebd. S.51f.).

Im Alter kann der Mensch in besonderem Maße narzisstischen Kränkungen ausgesetzt sein (vgl. Erlemeier 2002, S.86).

Um im Alter das eigene Leben akzeptieren zu können, bedarf es eines gut ausgeprägten Selbstwertgefühls und guten Beziehungen zum sozialen Umfeld. Diese Faktoren beeinflussen die innere Wahrnehmung und bestätigen dadurch das Bedürfnis nach Anerkennung. Körperliche Veränderungen können dieses empfindliche Gleichgewicht beeinflussen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass ältere Menschen in der Lage sind, sich den Bedingungen des Alters anzupassen. Ist die narzisstische Prägung dabei zu hoch, gelingt diese Anpassung jedoch nicht (vgl. Teising 1992, S.84).

Kommt es im Alter zum Verlust von geistigen sowie körperlichen Fähigkeiten, kann dieser Abbau der eigenen Leistungsfähigkeit dazu führen, dass sich der Betroffene aus sozialen Bindungen zurückzieht und als Folge daraus weniger von seiner direkten Umgebung profitiert. Neue Beziehungen können nicht mehr oder nur sehr selten geknüpft werden. Die Möglichkeiten selbst einen Beziehungswechsel im Umfeld vorzunehmen stehen unter Umständen jedem Menschen frei. Im Alter und durch die damit einhergehenden Veränderungen werden Beziehungsabbrüche jedoch regelrecht erzwungen (vgl. ebd. S.88).

„Wenn die Gesellschaft mehr oder weniger direkt das Lebensrecht der Alten in Frage stellt, bedarf es besonderer narzißtischer Stärke, um sich zu behaupten.“
(ebd. S.88)

Die körperlichen Veränderungen müssen vom alten Menschen auch erkannt und verinnerlicht werden. Durch beginnende Vergesslichkeit und schwindende

Konzentration bei Aufgaben des Alltags, kommt eine hohe Belastung auf sie zu. Stehen Betroffene dem Phänomen des Alters mit seinen Folgen nicht gefestigt sondern hilflos gegenüber, können dadurch suizidale Handlungen zunehmen (vgl. ebd. S.84).

Die vorläufigen Annahmen der gewonnenen Erkenntnisse, die sich aus den Erklärungsansätzen der narzisstischen Kränkung im Alter ableiten lassen, müssen allerdings kritisch betrachtet werden.

Die Narzissmustheorie lässt sich bei allen Beschreibungen empirisch nicht überprüfen. Da es sich hierbei um einen psychoanalytischen Erklärungsansatz handelt, kann festgehalten werden, *„daß die psychoanalytischen Erklärungsansätze suizidalen Verhaltens Schwächen in ihrer logischen Struktur ihrer Hypothesen aufweisen (...)“* (Schmidtke 1988, S.242). Sie sollte daher in empirisch nachweisbare Modelle zur Erklärung suizidalen Handelns integriert werden (vgl. ebd. S.242).

Wissenschaftliche Forschungen haben sich weiterhin mit der Wahrnehmung der körperlichen Einschränkungen im Alter beschäftigt. Das Ergebnis sind psychologische Erklärungsansätze, die helfen sollen, selbstschädigendes Verhalten besser zu verstehen. Diese werden anschließend vorgestellt.

5.2.2 Psychologische Erklärungsansätze

Bereits der Psychiater Erwin Ringel erkannte, dass es sich bei Suizid um *„(...) ein »komplexes« Problem handelt (...)“* (Ringel 1995, S.12), welches nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist. Beispielsweise kann es in Verbindung mit einer neurotischen Entwicklung, die durch ungünstige Bedingungen in der Kindheit ausgelöst wurde, bereits im frühen Alter zu einer regelrecht erworbenen Fähigkeit der Anfälligkeit für suizidales Verhalten kommen. Tatsächlich zeigen sich Symptome einer kindlichen Neurotisierung in kontaktgestörten bzw. unsicheren bis ängstlichen Verhaltensweisen. Der

Suizident könnte sich demnach Verhaltensweisen mit suizidalem Hintergrund sein Leben lang aneignen (vgl. ebd. S.34f.).

Nach Ringel können die ausgebildeten Neurosen zum Suizid in drei Stufen beschrieben werden:

- Ein Verlust der Kraft sich frei und ungezwungen entwickeln zu können als Folge des verlorenen Urvertrauens
- Eine unmögliche Entwicklung der Verhaltensweisen bzw. Entwicklungsverzögerung
- Rückkehr zu kindlichen Verhaltensweisen (vgl. ebd. 36ff.).

„Nach dem Sprichwort heilt die Zeit alle Wunden. Das ist richtig und falsch zugleich. Einerseits ist die Fähigkeit des Menschen wirklich verblüffend, sich nach schwersten Belastungen zu erholen, wenn man ihm die Zeit dazu lässt. Sie wirkt manchmal fast unbegrenzt; das ist jedoch eine Illusion. Denn auf der anderen Seite ist die Beobachtung nicht abzuweisen, dass es Wunden gibt, die nicht heilen, sich manchmal sogar verschlimmern – im körperlichen wie im seelischen Bereich.“ (Schmidbauer 2005, S.9)

Bei vielen alten Menschen stellt sich im Laufe der Zeit aufgrund des Erlebens der Zustände, die das eigene Alter mit sich bringt, eine Art Resignation ein. Als Folge können Altersdepressionen entstehen (vgl. ebd. S.10).

Neben den psychologischen Erklärungsansätzen kann Suizidalität im Alter weiterhin durch das präsuizidale Syndrom nach Ringel erklärt werden. Im Folgenden wird dieses genauer beschrieben.

Das präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel

Es gibt viele alte Menschen, die ihren Lebensabend, meist ungewollt, in sozial schwierigen Verhältnissen verbringen. Die allermeisten von ihnen ziehen dennoch einen Suizid nicht für sich in Betracht. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob es individuelle Aspekte gibt, die einen Suizid fördern bzw. den Klienten unbewusst in die Richtung des Suizids drängen (vgl. Teising 1992, S.56). Nachfolgend soll versucht werden, diese Frage aus Sicht der Psychologie zu beantworten.

Eines der bekanntesten Erklärungsmodelle für suizidales Geschehen hat der Psychiater Erwin Ringel konstruiert. Von ihm wurde das präsuizidale Syndrom sowohl aus individualpsychologischer als auch aus psychiatrischer Sichtweise dargestellt (vgl. ebd. S.57).

Der Psychiater Erwin Ringel gilt als einer der bekanntesten Suizidforscher und belegte mit seiner Arbeit, „Selbstmord – Appell an die anderen“ (1995), dass einem Suizid oftmals eine oder mehrere Phasen bis zur Vollendung dessen vorausgehen. Ringel beschreibt den Suizid als Symptom einer Krankheit und blieb, obwohl er sich Jahrzehnte lang mit dem Phänomen auseinandersetzte, der Auffassung, *„die praktische Erfahrung lehrt, daß der Selbstmord in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle in einer seelisch krankhaften Verfassung begangen wird, für die dementsprechend der Mediziner, insonderheit derjenige, der sich mit der Psyche beschäftigt, also der Psychiater und Tiefenpsychologe, zuständig ist.“* (Ringel 1995, S.12) Diese Aussage Ringels ist dahingehend zu hinterfragen, ob nicht auch ein psychisch gesunder Mensch Suizid begehen könnte, wenn kritische Ereignisse sein Leben bestimmen. Dies bejaht Ringel, seiner Meinung nach stellt dies jedoch eher die Ausnahme dar (vgl. ebd. S.12).

Bis zum heutigen Tag gelten Ringels Theorie und seine Forschungsergebnisse als Grundlage zum besseren Verständnis von Suizidenten. Ringel beschreibt in seinem Werk eine sogenannte psychopathologische Entwicklung, mit der Folge des vollendeten Suizids: Das präsuizidale Syndrom. Dieses Syndrom nach

Ringel lässt Raum für die Interpretation der einzelnen Symptome und deutet somit auf eine, gerade bei alten Menschen vorhandene Suizidgefahr hin. Das präsuizidale Syndrom ist dabei als eine Art Indikator zur Beurteilung der Gefahr eines bevorstehenden Suizids betroffener Personen zu verstehen (vgl. Teising 1992, S.57f.).

Ringel beschreibt das von ihm erforschte Syndrom in drei Phasen:

1. Die Einengung

In der ersten Phase befindet sich die betroffene Person in einer Art Lebenskrise. Es deutet sich dabei eine gewisse Aussichtslosigkeit an. Hierbei werden vier Formen unterschieden:

Die erste Form ist die sogenannte *situative Einengung*. Der Lauf des eigenen Lebens und dessen Umstände werden als Bedrohung wahrgenommen und gelten damit als aussichtslos und nicht zu ändern. Schwere Schicksalsschläge wie der Tod des Partners oder eine tödlich verlaufende Krankheit können dafür eine Ursache sein. Dem Betroffenen drängt sich der Eindruck auf, keine Handlungsmöglichkeiten, außer dem Suizid, zu haben. Während der situativen Einengung beschreibt Ringel allerdings einen, immer noch starken Selbsterhaltungsdrang, solange nicht noch weitere Ursachen erschwerend für den Suizidenten hinzukommen. Allerdings gibt Ringel zu bedenken, dass allein durch äußere Einflüsse noch kein Suizid bewirkt werden kann, sei die jeweilige Situation noch so aussichtslos (vgl. Ringel 1995, S.16ff.).

Bei alten Menschen ist die situative Einengung besonders in den sozialen Verhältnissen erkennbar. Mit oftmals nur einer geringen Rente versehen, bzw. auf Grundsicherung im Alter nach SGB XII angewiesen, lässt sich der Lebensabend alles andere als lebenswert gestalten. Oftmals wird die Möglichkeit der Unterstützung durch das zuständige Sozialamt aus Scham oder Angst ganz verweigert. Isolation droht und fördert damit die situative

Einengung. Unsere Gesellschaft ist für alte Menschen zu schnelllebig geworden und damit werden diese ausgegliedert und spielen nur noch eine Nebenrolle. Durch Krankheit und körperliche Einschränkungen verringert sich der Handlungsspielraum vieler alter Menschen drastisch (vgl. Teising 1992, S.58f.).

Die nächste Form der Einengung ist die *dynamische Einengung*. Hierbei kommt es zu einer verzerrten Wahrnehmung der eigenen Situation und der Menschen im sozialen Umfeld sowie zu einer falschen Sicht der Dinge, das eigene Leben betreffend. Die Folgen sind Antriebslosigkeit, das Fehlen von Dynamik sowie ein reduziertes Interesse an der Umwelt. Die Lebenssituation wird zusehends durch Blockaden im aktiven Handeln bis hin zum völligen Wegfall von spontanen Reaktionen erschwert. Es kommt zu Depressionen, Panikattacken und Verzweiflung (vgl. Ringel 1995, S.17f.).

Diese verzerrte Wahrnehmung und die permanent negative Einstellung zum Leben bereiten bereits den Weg zum Suizid (vgl. Bronisch 1995, S.35).

Betroffene Personen entwickeln zudem eine permanente innere Unruhe, welche sich erst wieder legen kann, wenn der endgültige Entschluss, dem eigenen Leben ein Ende zu bereiten, weichen wird. Bei alten Menschen wirkt sich diese Form der Einengung mit dem Schwinden des Selbstwertgefühls besonders stark aus. Die Erfahrungen der Vergangenheit werden mit der aktuellen Situation verglichen und in Abhängigkeit zueinander gestellt (vgl. Teising 1992, S.59).

Es fehlt oftmals an Bestätigung der eigenen Person sowie an einer alltäglichen Aufgabe. Diese kann sich in der Fürsorge für den eigenen Partner oder die Familie, in diesem Fall eventuell Enkel oder Urenkelkinder, wiederfinden. Fehlt es an dieser Bestätigung, so kommt es zur Einengung der Wertevorstellungen oder deren Verlust, sowie zum Wegfall der zwischenmenschlichen Beziehungen. Dinge, Personen und Vorstellungen

aus dem sozialen Umfeld, die vormals als kostbar galten, erscheinen nun wertlos und unnütz (vgl. ebd. S.59).

Mit dem plötzlichen, aufgezwungenen Verlust einer Aufgabe im Leben, kommt damit auch der „berechtigte Platz“ innerhalb der Gesellschaft abhanden. Indirekt wird somit das präsuizidale Syndrom, wie es Ringel beschreibt, durch die Gesellschaft gefördert. Es wird zwar niemand zum Suizid gezwungen, allerdings wird dem auch nicht wirkungsvoll begegnet (vgl. ebd. S.59).

Zur *Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen* kommt es oftmals durch den Verlust des Partners, der Freunde oder Nachbarn. Der Betroffene fühlt sich in dieser Situation im Stich gelassen. Es kommt zu Einsamkeit und Unverständnis über die eigene Situation (vgl. Ringel 1995, S.19).

Aus Angst, nicht mehr länger dazuzugehören wird sich an noch verbliebene Personen im näheren Umfeld geklammert. Andere Bindungen durch neue Kontakte in Einrichtungen oder durch pflegendes Personal werden vollends ignoriert. Dadurch fühlt sich der Betroffene wiederum zurückgewiesen und somit auf sich selbst gestellt. Der Verlust der eigenen Existenz sowie der Sinn des Lebens kommen damit abhanden. Im Alter sind verschwundene Kontakte nicht mehr oder nur schwer zu ersetzen. Deshalb spielen sie für Betroffene, die diese oftmals über Jahrzehnte gepflegt haben, eine so tragende und nach dem Verlust, eine so tragische Rolle (vgl. Teising 1992 S.60f.).

Die vierte Form der Einengung ist die *Einengung der Wertewelt*. Hierbei kommt der Betroffene zu der vernichtenden Erkenntnis, das eigene Leben sei aussichtslos und leer (vgl. Bronisch 1995, S.35). Gleichgültigkeit und Desinteresse bestimmen den Alltag und es kommt zur Zerstörung der Wertebezogenheit. Das Selbstwertgefühl wird dadurch noch mehr geschädigt oder völlig zerstört und die gefühlte Position des Außenseiters nimmt Überhand (vgl. Ringel 1995, S.20).

2. Die Aggression

In der zweiten von Ringel beschriebenen Phase, die auch als gehemmte Aggression bezeichnet wird, lässt der Betroffene sein Umfeld nicht an seinem Zustand teilhaben. Indem er über Enttäuschungen und Kränkungen nicht sprechen will oder kann, kommt es bei dem Suizidenten zu einer äußerst quälenden Situation, die sich in ihrer Aggression oftmals in banalen Ereignissen, zum Teil auch gegen sich selbst gerichtet, entlädt (vgl. ebd. S.21) *„Die Wendung der Aggression gegen die eigene Person ist freilich an zwei Bedingungen geknüpft.“* (ebd. S.21) Neben der Entstehung sehr hoher Aggressionspotenziale im Menschen selbst, ist der Betroffene daran gehindert, seine Aggressionen nach außen zu kanalisieren (vgl. ebd. S.22).

Weiterhin werden von Ringel neben dem starken Bezug zu einer einzigen anderen Person weitere Aspekte für die Unfähigkeit, Aggressionen gegen andere zulassen zu können, genannt. Ein besonders strenges Über-Ich, verbunden mit einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur hemmt den Betroffenen physisch und psychisch Aggressionen gegen andere zuzulassen (vgl. Teising 1992, S.62).

Ringel führt dies darauf zurück, dass es in unserer hochentwickelten Gesellschaft an Möglichkeiten mangelt, gezielt Aggressionen abzubauen. Mit diesem Aspekt zusammenhängend führt Ringel eine sinkende Suizidrate in Zeiten des Krieges an. Für den Fall, dass Aggressionen nach außen hin offen ausgelebt werden können, werden aggressionshemmende Regeln unwirksam (vgl. Ringel 1995, S.22).

Mit den fehlenden persönlichen Beziehungen und ohne Möglichkeiten des Abbaus von Aggressionen schwindet bei alten Menschen auch die Möglichkeit, sich mit dem alternden Körper auseinanderzusetzen. Mit dem Suizid wird somit der eigene Körper anstelle eines anderen bestraft (vgl. Teising 1992, S.62).

3. Die Suizidphantasie

In der dritten Phase des präsuizidalen Syndroms nach Ringel wird die sogenannte Suizidphantasie beschrieben. Während dieser Phase befasst sich die betroffene Person intensiv mit suizidalen Gedanken, verbunden mit den vorhergehenden Phasen der Einengung und der Aggression. Die Vorstellung sich das Leben zu nehmen wird in diesem finalen Stadium oftmals als befreiend empfunden. Die Gedanken befassen sich zunehmend mit dem Suizid und daraus folgt eine eigene, der Realität nicht mehr zugewandte Denkweise. Der Betroffene sieht keinen anderen Ausweg mehr als sich selbst aus dem Leben zu befreien (vgl. Ringel 1995, S.22f.).

Die Suizidphantasie wird nochmals in drei Phasen unterteilt. Während sich die betroffene Person in der ersten Phase mit dem Gedanken trägt, lieber tot sein zu wollen, weil ihr das Leben sinnlos erscheint, ist es hierbei möglich, dass diese Gedanken wieder verschwinden, sobald es zu einem angenehmen Erlebnis im Leben kommt. In der zweiten Phase kommt es zum konkreten Gedanken, der sich im weiteren Verlauf manifestieren kann und letztendlich das gesamte Denken beherrscht. Die dritte und letzte Phase stellt das Stadium der genauen Ausführung bis hin zur Planung des präzisen Zeitpunktes und dem gewünschten Ort des Suizids dar (vgl. ebd. S.23f.).

Geht man vom präsuizidalen Syndrom nach Erwin Ringel aus, so wird angenommen, dass sich der Suizident die Planung und die Ausführung des Suizids immer genauestens überlegt und diesen durchdacht hat. An dieser Stelle muss hinzugefügt werden, dass nicht jeder Suizid in geplanten und durchlebten Phasen abläuft, sondern es zu spontanen Suiziden aus einem Impuls heraus kommen kann, wenn ein momentaner Schmerz bzw. ein Reiz von außen für den Betroffenen nicht mehr auszuhalten ist.

Gerade bei alten Menschen stellt der Gedanke, sich das Leben zu nehmen eine Befreiung von Begleiterscheinungen des Alters und den damit verbundenen Leiden, einen großen Anreiz dar. Dieser Reiz ermöglicht es

ihnen ihr Leben noch auszuhalten und den Suizid in Ruhe zu planen, weil am Ende die erhoffte Erleichterung von der Bürde des Lebens steht (vgl. Teising 1992, S.62f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Ringel Suizide als Krankheitssymptome deutet. Suizidenten durchlaufen eine psychopathologische Entwicklung, an dessen Ende der Suizid steht – genannt das präsuizidale Syndrom (vgl. Teising 1992, S. 57f.). *„Mit Hilfe der einzelnen Symptome dieses Syndroms lassen sich recht zuverlässig suizidgefährdete, insbesondere auch alte Menschen erkennen.“* (ebd. S.58)

Im Gegensatz zu Ringel beschreibt Erlemeier, dass verschiedene, sich wechselseitig beeinflussende Faktoren in einem Suizid münden können. Dies soll anschließend verdeutlicht werden.

5.3 Das Prozessmodell nach Erlemeier

Der Psychologe Norbert Erlemeier entwickelte im Verlauf seiner Forschung an Zusammenhängen sozialer und psychischer Lebensereignisse ein sogenanntes Prozessmodell für die Situation alter Menschen. In diesem Modell beschreibt Erlemeier Bewältigungsmöglichkeiten einzelner Personen und betrachtet diese als Wechselspiel suizidaler Entwicklung sowie als Resultat aus äußeren Faktoren wie Krisensituationen und inneren Faktoren, wie z.B. Verarbeitungsprozessen (vgl. Teising 1992, S.48f.).

Bei der theoretischen Betrachtung des Suizids wird deutlich, dass die Suizidforschung innerhalb der vergangenen Jahre zwar eine Vielzahl an Erklärungsansätzen hervorgebracht hat, jedoch lassen sich damit keine individuellen Einzelbefunde von betroffenen Menschen erklären. Mit der Betrachtung des Prozessmodells soll der Versuch unternommen werden, einen Erklärungsansatz darzustellen. Beim Prozessmodell wird davon ausgegangen, dass es vom Betroffenen selbst abhängt, wie er mit kritischen und belastenden Situationen umgeht (vgl. Erlemeier 2011, S.48).

In dem von Norbert Erlemeier speziell für die Situation alter Menschen entwickelten Prozessmodell wird der Zusammenhang von Lebensereignissen aus dem sozialen Umfeld sowie des psychischen Erlebens dargestellt. Das Modell beschreibt unter anderem Bewältigungsmöglichkeiten des Alters und das daraus resultierende Verhalten der Betroffenen. Demnach entsteht Suizidalität aus dem Zusammenspiel schwerwiegender Einbußen, der Bedrohung der eigenen Existenz und chronischen Belastungen wie etwa Krankheiten (vgl. Teising 1992, S.48f.). Alterstypische Faktoren sind unter anderem:

- *„Schwere chronische, unheilbare, insbesondere schmerzhaft körperliche Krankheiten, wie zum Beispiel Arthrosen oder Carcinome, aber auch deren subjektive Bewertung und Ängste vor solchen Krankheiten,*
- *psychische Krankheiten, insbesondere depressive Krankheitsbilder,*
- *Belastungen im zwischenmenschlichen Bereich,*
- *subjektive soziale Isolation,*
- *besondere belastende Lebensereignisse.“ (ebd. S.49)*

Nach der Ansicht Erlemeiers ist Suizidalität wie bereits erwähnt, das Resultat aus tiefgreifenden Einbußen, Bedrohung der Existenz, chronischen Belastungen wie bspw. Krankheiten und als Folge eine persönliche Auseinandersetzung mit diesen Aspekten. Wirken diese Faktoren schließlich zusammen auf den Betroffenen ein, kann es gewissermaßen zu einer Kettenreaktion kommen. Gravierende biografische Einschnitte, wie der Verlust des Partners oder der Umzug in ein Pflegeheim, können eine suizidale Entwicklung nach sich ziehen. Diesem Prozess können sich alte Menschen durch eine, soweit sie dazu im Stande sind, gelebte Selbstwirksamkeit entziehen. Dies bedeutet nichts anderes als dass sie dadurch in der Lage sind, gerade das, was sie tun wollen, auch wirklich tun können. Die Bewertung der

eigenen Fähigkeiten lässt den Einzelnen in Krisensituationen entweder verletzt oder robust und dadurch widerstandsfähig reagieren (vgl. ebd. 49).

Die Vielschichtigkeit der einzelnen Faktoren, welche bei Suizidalität im Alter eine Rolle spielen, ist enorm. Die Herausforderung an professionelle Helfer besteht daher darin, Symptome bzw. Anzeichen auf Suizidalität deuten zu können, um den Betroffenen die Möglichkeit der Prävention in Aussicht zu stellen. Das nächste Kapitel befasst sich genauer mit dieser Thematik.

6. Prävention der Suizidalität im Alter

In Deutschland sterben jährlich mehr als 9000 Menschen, weil sie sich das Leben nehmen. Damit gehört der Suizid zu den Hauptursachen für vorzeitige Sterbefälle, wobei die Dunkelziffer bei Suizidhandlungen weitaus höher liegt (vgl. Erlemeier 2011, S.7). Bereits Ringel erkannte, dass es in Bezug auf Selbstmordversuche keine offiziellen Daten gibt. Da die Statistik keine klare Aussage zu Suizidversuchen treffen kann, muss sich hierbei auf Schätzungen verlassen werden (vgl. Ringel 1995, S.9).

Die Prävention von Suizidalität im Alter nimmt daher eine besondere Stellung ein. *„Der Oberbegriff Suizidprävention umfasst im weitesten Sinne alle Vorkehrungen, Maßnahmen, Hilfen und Einrichtungen zur Verhütung von Suizidgefährdung, aber auch die Hilfen in akuten suizidalen Krisen“* (Erlemeier 2011, S.132).

In diesem Kapitel sollen Möglichkeiten der Prävention aufgezeigt und die gesellschaftlichen Einflüsse auf die Prävention erläutert werden. Bei der Suizidprävention kann neben der Politik und der Psychologie auch die Pädagogik einen entscheidenden Beitrag leisten. Daher soll weiterhin die Aufgabe der Pädagogik und die Rolle der Sozialarbeit sowie der Psychologie in der Suizidprävention alter Menschen näher beschrieben und die Bereiche in denen sie tätig werden, benannt werden.

6.1 Möglichkeiten der Prävention

Es werden drei Formen der Prävention unterschieden, die Primärprävention, die Sekundärprävention und die Tertiärprävention. Bei der Primärprävention steht die Entstehung suizidaler Gedanken bei nicht psychisch kranken Menschen im Vordergrund. In der Sekundärprävention sollen Suizidgefährdete davon abgehalten werden, ihre Gedanken an die Selbsttötung in die Tat umzusetzen. An dritter Stelle steht die Tertiärprävention. Während dieser Phase soll der Suizident dahingehend aufgefangen werden, einen Suizidversuch nach Möglichkeit nicht zu wiederholen (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.99).

Suizidprävention bezeichnet *"im engeren Sinn die Verhütung von suizidaler Handlung und Selbsttötung"* (Wolfersdorf/ Etzersdorfer 2011, S.107).

Daher betreffen Präventionsstrategien im Umgang mit suizidalen alten Menschen vor allem die primäre und die sekundäre Prävention (vgl. Bronisch 1995, S.92f.).

Weiterhin kann die Sekundärprävention durch eine gut aufgestellte und vor allem entstigmatisierte Öffentlichkeitsarbeit am besten zur Prävention beitragen. Als ein wesentliches Element gilt ein günstiges soziales Umfeld und damit verbundene Möglichkeiten bspw. Beratungsstellen oder den Hausarzt erreichen zu können, um sich bei Bedarf mitzuteilen und somit Hilfe zu erfahren (vgl. Wolfersdorf/ Etzersdorfer 2011, S.107f.).

Eines der primären Ziele der Suizidprävention ist es, durch Aufklärung und Information Entstehungsbedingungen von Suizidalität darzustellen, um somit eine praxisnahe Hilfe mit therapeutischem Hintergrund schaffen zu können. Ein weiteres Ziel der Prävention muss sein, nicht nur unter dem Aspekt der wissenschaftlichen Forschung weiter zu arbeiten, sondern die hier gewonnenen Erkenntnisse auch in der Praxis umzusetzen und damit therapeutisches und pädagogisches Personal besser zu schulen bzw. die Helfer in deren Berufsumfeld für das Thema zu sensibilisieren (vgl. Erlemeier 2011, S.8).

Einem großen Teil der alten Menschen in unserer Gesellschaft gelingt es mit Hilfe von Schutzfaktoren sowie der Unterstützung aus dem vorhandenen sozialen Umfeld den Einbußen des Altwerdens entgegenzuwirken. Jedoch stehen einer Minderheit diese Ressourcen nicht zur Verfügung, um körperliche und seelische Herausforderungen zu bewältigen. An dieser Stelle zeigt sich die Wirksamkeit der Suizidprävention, um der Aussichtslosigkeit des Alters verbunden mit dem Wunsch zu sterben entschlossen entgegenzutreten und Hilfe anzubieten. Diese Hilfe muss in jedem Fall niedrigschwellig sein, um den Suizidenten nicht zusätzlich zu belasten (vgl. ebd. S.9).

Ein damit verbundener Aspekt der Suizidprävention ist die Frequentierung von Angeboten zur Vermeidung von Selbsttötung. Hierbei müssen Schwerpunkte gesetzt werden. In der Suizidforschung werden vornehmlich kontinuierliche Kontakte zwischen Klienten und Therapeuten als äußerst hilfreich beschrieben. Dieser Kontakt muss keinesfalls persönlich erfolgen, sondern kann telefonisch oder per Post gehalten werden. Eine Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des Kontaktes besteht seitens des Klienten nicht. Allerdings ist diese Art der Prävention nach einer Akutbehandlung üblich und schließt künftige Suizidenten von dieser Art Präventivmaßnahme aus (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.99f.).

Einen Vorteil zur Suizidprävention kann die Pädagogik durch eine effektive Abdeckung durch soziale und psychosoziale Beratungsstellen schaffen. So gibt es bspw. in der Landeshauptstadt Dresden insgesamt 11 Anlaufstellen in den jeweiligen Ortsämtern, in denen durch Sozialarbeiter des Sozialamtes das Angebot zu einem vertraulichen Gespräch ermöglicht wird. Gegebenenfalls erfolgt im Anschluss eine Weitervermittlung an weitere kommunale Beratungsstellen, wie den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, welcher ebenfalls stadtweit arbeitet und dementsprechende Anlaufstellen anbietet (vgl. Landeshauptstadt Dresden 2012, S.10-23).

Durch diese Abdeckung wird nicht nur eine psychosoziale Betreuung suizidaler Klienten ermöglicht. Es wird durch eine aufsuchende Sozialarbeit bereits am

Schauplatz der Suizidhandlung eine Betreuung der Betroffenen ermöglicht (vgl. Seyfried 1995, S.80f.).

Die Bereitstellung der erwähnten Beratungsangebote ist für die Kommune Dresden mit Kosten verbunden. Diesbezüglich ist eine Diskussion über Ethik, Berechtigung oder gar Verpflichtung zur Suizidprävention heute aktueller denn je.

In diesem Zusammenhang wird die Debatte gleichfalls unter Betrachtung der Kosten-Nutzen-Kalkulierung des Sozial- und Gesundheitshaushaltes weitergeführt, da die Prävention sowie die Behandlung innerhalb unseres Gesundheitssystems seitens der Gesundheitspolitik gesellschaftlich betrachtet ein nicht zu unterschätzendes Problem darstellt (vgl. Erlemeier 2002, S.13).

Hilfe in einer Krisensituation zu leisten stellt beim Suizid sicher nicht die größte Schwierigkeit dar. Es geht vielmehr um die Beeinflussung von Betroffenen und Helfern von außen. Soll die Prävention den Adressaten nicht verfehlen, müssen einige gesellschaftliche Einflüsse beachtet werden.

6.2 Gesellschaftliche Bedingungen, unter denen Prävention stattfindet

Die individuelle Entscheidung des Menschen sich das Leben zu nehmen ist immer mit dem Hintergrund verbunden, vor dem sich dieser ereignet. Demnach trägt die Gesellschaft in der wir leben ihren Teil zur Suizidneigung bei. Je größer bspw. der Mangel an Integration in die Gesellschaft ist, desto höher ist der Hang zur Selbsttötung (vgl. Hover 2007, S.118).

Alleinstehende alte Menschen sehen sich bspw. zusehends mit einer sozialen Isolation konfrontiert. Dieser Aspekt trifft selbstverständlich nicht auf alle alten Menschen unserer Gesellschaft zu. Er lässt sich jedoch objektiv an einem Mangel an sozialen Kontakten feststellen, der unter einem als notwendig erachtetem Minimum von weniger als einmal pro Woche liegt. Das Gefühl der Einsamkeit stellt sich damit als eine Reaktion auf den Mangel an Sozialkontakten ein (vgl. Erlemeier 2011, S.29).

Einen weiteren gesellschaftlichen Aspekt stellen die Einkommenssituation älterer Menschen sowie deren materielle Absicherung dar. Der demografische Wandel und eine nicht vorhersehbare Entwicklung der Wirtschaft beeinflussen die Sozialpolitik und somit die sozialen Sicherungssysteme sowie die Einkommensabsicherung (vgl. Kruse/ Wahl 2010, S.69). Somit werden wir *„gerade im Hinblick auf die finanzielle – oder umfassender: die materielle - Situation (...) eine erhebliche Veränderung in den Lebensbedingungen älterer Menschen zu erwarten haben.“* (ebd. S.69)

Die Thematik der Altersarmut ist zwar nicht neu, sie wird jedoch zukünftige Rentenempfänger mit dem Problem der Existenzsicherung konfrontieren. Es muss damit gerechnet werden, dass sich die sozialen Unterschiede, gerade was das Einkommen im Alter betrifft, zukünftig vergrößern werden (vgl. ebd. S.73ff.). Die finanzielle und materielle Absicherung trägt entscheidend zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität im Alter bei. Allerdings darf der Einfluss dieser Aspekte nicht zu kritisch gesehen werden, da es erst im Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren zu einer Krisensituation kommen kann (vgl. Erlemeier 2011, S.32).

Durch den Einfluss der Gesellschaft findet stets eine Wertung präventiver Maßnahmen statt. Die Aufgabe der professionellen Helfer ist es unter anderem, diesen Einflüssen im Interesse des Suizidenten zu begegnen. Nachfolgend soll daher die Rolle der Sozialarbeit näher betrachtet werden.

6.3 Die Rolle der Sozialarbeit in der Suizidprävention alter Menschen

Im Alter beginnen für den Körper und die Seele eine Vielzahl von Veränderungs- und Anpassungsprozessen. Hierzu gehören reife Abwehrmechanismen wie Antizipation, Altruismus und ein subjektives Glücksempfinden. Diese Veränderungen können helfen, den Einschränkungen im körperlichen und sozialen Bereich psychisch entgegenzutreten.

Erschwerend im Alter stellen sich neurotische Schwächen der Genuss- und Anpassungsfähigkeit in den Weg. In Folge dessen kommt es zu einer psychischen Regression, die durch eine verzerrte Wahrnehmung der Realität und die Umsetzung der daraus resultierenden Phantasien unter Umständen in einen Suizid führen kann (vgl. Teising 1992, S.87).

Gerade für Personen in sozialen Berufen ist es daher wichtig, Merkmale, die auf eine Suizidalität hinweisen richtig zu beurteilen, um den Grad der Gefährdung für die betroffene Person richtig einzuschätzen. Das Erkennen der Risikofaktoren bedeutet allerdings nicht, dass die Situation des Suizidenten richtig beurteilt wird (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.48).

Vielmehr sollte die Erkenntnis der Voraussetzungen für einen Suizid bestenfalls zu einer Sensibilisierung der professionellen Helfer führen. Gerade bei alleinstehenden, durch den Verlust des Partners isolierten, alten Menschen kann durch den erlittenen Verlust die entstandene Risikosituation eine suizidale Krise auslösen. Dazu kann im Übrigen auch der Verlust eines Haustieres führen.

Während der Arbeit mit suizidalen Klienten ist es von besonderer Bedeutung, sich mit dem Thema der Selbsttötung und dem Tod auseinanderzusetzen. Letztendlich kann niemand daran gehindert werden, sich das Leben zu nehmen. Hat ein Klient diese Entscheidung einmal fest für sich getroffen, wird er für sich immer auch einen Weg finden, diese zu realisieren. Vor diesem Hintergrund kann eine völlig freie Arbeit mit der betroffenen Person stattfinden, da sie sich nicht in der Situation sieht, sich rechtfertigen zu müssen, sondern vielmehr die Akzeptanz in diesem Punkt im Vordergrund steht, ihr das Geplante nicht ausreden zu wollen. Von dieser Einstellung kann sowohl der Klient als auch der Sozialarbeiter profitieren. Es muss ein Einverständnis darüber herrschen, dass jede Möglichkeit und jede Richtung gewählt werden kann (vgl. Rogers 1991, S.59).

Als eine gute Voraussetzung für die Arbeit mit suizidalen Klienten kann an dieser Stelle sicher *„eine reflektierte und auch günstige Einstellung des*

Therapeuten zum Problem der Selbsttötung“ (Dorrmann 2006, S.15) genannt werden. Besonders die Arbeit mit alten Menschen stellt für viele Helfer in besonderem Maße eine psychische Belastung dar. Gerade im Bereich der Altenpflege kommt es zu hohen, krankheitsbedingten Fehlzeiten durch Burnout. Das bedeutet, dass sich der Helfer angesichts der Arbeit mit alten Menschen vom Standpunkt der unbedingten Erfolgsaussicht verabschieden muss, da dies als Folge seiner Arbeit zum Scheitern führen wird (vgl. Schmidbauer 2005, S.126).

Damit ist die Arbeit mit Alten für den professionellen Helfer eine ganz eigene Art, sich der Realität des Alters und den damit verbundenen Folgen zu stellen. Suizidales Handeln und Denken ist für Helfer oftmals nicht sofort erkennbar. Dieser Fakt weist sie in die Grenzen der Möglichkeiten auf suizidales Verhalten einzuwirken und wirft gleichzeitig die Fragen auf, ob überhaupt interveniert werden darf oder muss. Die Erkenntnis suizidaler Verhaltensweisen bei alten Menschen sollte keinesfalls zu einem leichtsinnigen Umgang mit dieser Problematik, sondern vielmehr zu einer angemessenen Sorgfalt in der Arbeit mit Betroffenen führen (vgl. Eink/ Haltenhof 2007, S.46).

Die Erkenntnis, dass ein Klient plant sich das Leben zu nehmen wird oft durch ganz unterschiedliche Helfer bzw. durch medizinisches Personal wahrgenommen: Durch eine Behandlung im Krankenhaus, im Altenheim oder durch niedergelassene Ärzte. Als Folge kann bei Erstkontakt durch verbale aber auch nonverbale Hinweise während einer Betreuung, Beratung oder Behandlung Lebensmüdigkeit vermutet werden. Hierbei muss zuerst festgestellt werden, ob es sich tatsächlich um Indikatoren handelt, die auf eine Suizidalität hindeuten, bevor erste Schritte zur Hilfe des Betroffenen eingeleitet werden können (ebd. S.47f.).

Bei der Krisenintervention bspw. steht eine aktive Bewältigung mit Hilfe von professionellen Helfern im Vordergrund. Als Ziele gelten die Stabilisierung der Persönlichkeit, Stützung und Beziehungsherstellung. Weiterhin sollen die

persönlichen Fähigkeiten der Betroffenen aktiviert und gefördert werden, um somit langfristig Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Dazu müssen vorbereitend weiterführende Hilfsmaßnahmen erarbeitet werden. Hierzu gehört es auch, wichtige Beziehungen wiederherzustellen und Perspektiven für eine zukünftige Zusammenarbeit zu schaffen. Eine optimale Hilfestellung ist gegeben, wenn eine Krise möglichst frühzeitig erkannt wird, Vertrauen zwischen Klient und Helfer aufgebaut werden kann und somit ein schneller Beginn der Hilfsmaßnahmen erfolgt (vgl. Wolfersdorf 1993, S.719).

Die Zuständigkeit der Krisenintervention betrifft nicht nur den medizinisch-psychiatrischen Bereich sondern umfasst eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (vgl. ebd. S.715).

Die psychosoziale Krisenintervention ist durch eine unmittelbar vor oder nach der Suizidhandlung beginnende Aktivität des professionellen Helfers sowie eine Flexibilität bei der Wahl der Methoden gekennzeichnet. Ausgehend von dem emotionalen Druck der auf dem Suizidenten lastet, sollte durch die Intervention der psychosozialen Arbeit versucht werden, Hilfsressourcen zu erkennen um diese beim Versuch der Bewältigung der Krise einzusetzen (vgl. Seyfried 1995, S.81f.).

Als eine der besten Möglichkeiten zur Beurteilung der Suizidalität kann das persönliche Gespräch mit dem Klienten bezeichnet werden. Dabei sollte auf einen vorgefertigten Fragebogen verzichtet werden, um frei von Vorurteilen einen unbelasteten Gesprächszugang zum Klienten zu bekommen. Die persönliche und fachliche Eignung des Helfers sowie ein hohes Maß an empathischem Einfühlungsvermögen ist in der Gesprächssituation eine Grundvoraussetzung (vgl. Eink/ Haltenhof 2007, S.60).

Der Klient muss das Gefühl vermittelt bekommen, dass sein Verhalten vom Gesprächspartner akzeptiert wird und dieser die fachliche Kompetenz besitzt, mit dem Erfahrenen umgehen zu können, ohne sich davon beeinflussen zu lassen. Gelingt dies nicht, *„so besteht etwa die Gefahr, durch unreflektierte Identifikation mit dem suizidalen Menschen und durch unkritische Übernahme*

seiner Sicht den Todeswunsch und damit die suizidalen Tendenzen zu verstärken.“ (Eink/ Haltenhof 2007, S.61)

Hat der Klient den Eindruck, der Gesprächspartner lehnt ihn durch sein suizidales Verhalten grundlegend ab, kann diese Kenntnis unter Umständen der Anstoß sein, welcher letztlich zum vollendeten Suizid führt (vgl. ebd. S.61).

Um eine angemessene Gesprächsatmosphäre zu schaffen gilt es, einige der folgenden Punkte zu beachten um dem Klienten ein Gefühl von Sicherheit zu suggerieren. Hierbei sollte ein entsprechender Raum zur Verfügung stehen, damit dieser sich in der Lage sieht, über seine brisante Situation Auskunft geben zu können. Ein bedeutender Punkt ist eine für die Gesprächsführung günstige Umgebung. Diese kann bspw. in einem ruhigen Zimmer hergestellt werden, welches sich in der Wohnung des Suizidenten oder in einer Wohneinrichtung befinden kann. Der Betroffene muss den Eindruck gewinnen, dass er ohne äußeren Druck und ohne das Mitwissen weiterer Personen seinen mentalen und körperlichen Zustand und die damit verbundenen Krisenmomente beschreiben kann (vgl. Eink/ Haltenhof 2007, S.61).

Während eines Gesprächs mit dem Suizidenten können jederzeit unvorhersehbare Situationen eintreten, die in Abhängigkeit von dem psychischen und dem physischen Zustand des Klienten stehen. In diesen Situationen ist es unbedingt erforderlich, dass der Helfer dem Betroffenen Verständnis signalisiert ohne auf Floskeln wie bspw. „das wird schon wieder“ zurückzugreifen. Im Gespräch geradezu verboten sind eine Wertung und die Diskussion über das suizidale Verhalten sowie die Infragestellung der Umstände, welche das entsprechende Verhalten hervorgerufen haben. Vielmehr soll der Betroffene im Verlauf des Gesprächs zur Annahme von weiteren Hilfsangeboten bestärkt werden (vgl. Seyfried 1995, S.80).

So vielschichtig die verschiedenen Professionen, wie die Medizin, die Psychotherapie, die Sozialarbeit und auch die Sozialpädagogik aufgestellt sind,

so lückenhaft sind allerdings die Versorgungsstrukturen für ältere Suizidenten (vgl. Teising 1992, S.121).

Die Intention der Pädagogik liegt daher vielmehr im Erkennen von Problemstellungen durch intensiv geführte Gespräche. Zeigen sich während dieser Gespräche suizidale Tendenzen, so sollte in diesem Fall professionell gehandelt und der Suizident an die nächste Institution, den Sozialpsychiatrischen Dienst, verwiesen werden. Dies kann in Absprache mit dem Klienten bspw. durch einen gemeinsamen Hausbesuch mit einem Sozialpädagogen des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfolgen. Der Fall wird damit übergeben und der Klient in eine mögliche Psychotherapie begleitet. Ab diesem Zeitpunkt ist ein Psychologe der kompetentere Ansprechpartner. Um diesen Arbeitsablauf gewährleisten zu können, ist eine effiziente Zusammenarbeit von Pädagogen und Psychologen sowie eine gute Vernetzung unerlässlich, um im Interesse des Suizidenten effektiv handeln zu können.

Eine der ersten Möglichkeiten der Psychologie stellt u.a. die Gesprächspsychotherapie dar.

Rogers (1991) entwickelte die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, die sich von einer Beratungsmethode hin zu einem Ansatz entwickelt hat, welcher menschliche Beziehungen fokussiert (vgl. Rogers 1991, S.28). Seine theoretischen Überlegungen beschäftigen sich mit dem „Aufbau des Selbst“ und der Persönlichkeit (vgl. ebd. S.30).

Ziel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie ist es, dass sich die Betroffenen mit sich selbst auseinandersetzen und auf eigene Gefühle und Einstellungen achten (vgl. ebd. S.135).

Im Umgang mit suizidalen Klientel können durch den professionellen Helfer auch Grenzen überschritten und Fehler begangen werden. Dies geschieht besonders dann, wenn sich der professionelle Helfer selbst nicht auf die

Thematik des Suizids einlassen kann bzw. diese tabuisiert. Um dann doch möglichst schnell die passende Maßnahme für den Betroffenen zu finden, bewegt sich dieser von der eigentlichen Problemstellung weg und hin zu einer möglichst raschen positiven Veränderung der Umstände des Suizidenten. Dabei bleibt die Suche nach der Ursache, wie es zu einer derartigen Krise kommen konnte, auf der Strecke (vgl. Dorrman 2006, S.142).

Dabei hat ein professioneller Helfer im Prinzip genau zwei wichtige Aufgaben. Einerseits soll eine Prävention von Suizid erfolgen und andererseits soll nach einem Suizidversuch ein erneuter Versuch verhindert werden (vgl. Eink/Haltenhof 2006, S.68).

Fast unerträglich für den Klienten kann diese Situation werden, wenn der Helfer in seiner Hilflosigkeit Äußerungen von sich gibt, die mit Sicherheit den Adressaten verfehlen, wie etwa:

„Es ist alles nicht so schlimm“ oder „Kopf hoch, das wird schon wieder“ (vgl. Dorrman 2006, S.142).

Präventiv zu arbeiten und Hilfe zu leisten stellt die Soziale Arbeit hinsichtlich der Problematik der Suizidalität vor eine enorme Herausforderung. Durch falsches Agieren kann der Kontakt zum Klienten abbrechen. Weiterhin kann es nur zu einer Verzögerung bis zum nächsten Suizidversuch kommen. Allerdings stellt sich auch hier wieder die Frage, ob Suizide grundsätzlich verhindert werden müssen. Das nächste Kapitel befasst sich daher mit der Legitimation von Suizidprävention.

7. Legitimation zur Suizidprävention im Alter

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit eine suizidale Handlung von außen beeinflusst werden darf oder sollte. Hierbei bezieht sich der Autor auf die eigene Arbeit als kommunaler Sozialarbeiter.

Bei der Ausübung meines Berufes bin ich im Rahmen von Hausbesuchen und Beratungsgesprächen bis heute vielen suizidalen alten Menschen begegnet. Nach Ansicht der, für die vorliegende Arbeit verwendeten Literatur und verbunden mit den Erfahrungen, die ich in meiner Arbeit mit den Klienten im direkten Gespräch mache, hat keine der betroffenen Personen seine Suizidabsichten grundlos entwickelt. Diese entstanden vielmehr als Reaktion auf eine seelische bzw. soziale Notlage, aus Verzweiflung oder einer Krise, aus denen die Personen keinen Ausweg mehr fanden.

Als impulsgebender Punkt für einen Suizid oder den Versuch dazu kann eine aktuelle Kränkung des Selbstwertgefühls ursächlich sein. *„Der übliche Ansporn zum Suizid ist unerträglicher psychischer Schmerz, die übliche Belastung vor einem Suizid sind frustrierte psychische Bedürfnisse, der übliche Zweck eines Suizids ist es, eine Lösung zu suchen. Das übliche Ziel ist das Aufhören des Bewußtseins, das übliche Gefühl beim Suizid ist Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, die übliche innere Einstellung zum Suizid ist Ambivalenz, der übliche kognitive Zustand ist Einengung, die übliche zwischenmenschliche Handlung vor einem Suizid ist die Mitteilung der Suizidabsichten, die übliche Handlung beim Suizid ist Entkommen.“* (Shneidman 1991 zit. n. Teising, 1992, S.22-23)

Jede Person für sich hat eine eigene Ansicht und Einstellung zum Leben und dessen Verlauf. Im Laufe des Lebens werden Problembewältigungsstrategien entwickelt, um Krisen möglichst unbeschadet bzw. mit so wenig Schaden wie möglich zu meistern und, wenn das der individuelle Einzelfall hergeben sollte, sogar gestärkt aus ihnen hervorzugehen.

„Nur dort, wo wir unmittelbar auf Tatsachen stoßen, die uns einen Widerspruch zu unserer Meinung von ihnen verraten, sind wir geneigt, in unmittelbarer Erfahrung im kleinen unsere Ansicht zu korrigieren und das Gesetz der Kausalität auf uns wirken zu lassen (...).“ (Adler 1981, S.26) Der Suizident ist in dem Moment der Meinung, den Tod vorzuziehen, da ihm sein Leben hoffnungslos erscheint (vgl. ebd. S.26).

Bei der Legitimation zur Suizidprävention muss die Berechtigung auf eine freie Entscheidungsfähigkeit und die Hilfe aus einer Krisensituation kontrovers diskutiert werden. Es ist zwar einerseits nicht verboten sich selbst das Leben zu nehmen, andererseits könnte bspw. mit Hilfe von therapeutischen Maßnahmen eine psychische Krankheit behandelt werden. Somit müsste diese schließlich in ihrem Verlauf nicht zum Suizid führen (vgl. Erlemeier 2011, S.191).

Daher sollte zuallererst mindestens eine Möglichkeit der Prävention bestehen. In bestimmten Fällen ist die Einmischung in die persönlichen Angelegenheiten eines Menschen jedoch dahingehend unangebracht, da diese einen Eingriff in dessen Autonomie darstellen würde. Diese Gegensätze geraten miteinander in Konflikt, wenn ein Weiterleben durch Krankheit auf Dauer für den Betroffenen nicht länger erträglich scheint und es keine Aussicht auf Genesung gibt. Bestehen hingegen Zweifel am Entschluss des Betroffenen, wie etwa durch äußere Einflüsse oder gar Druck, so darf auch gegen den Willen interveniert werden, um eine Suizidhandlung zu verhindern (vgl. Wedler 2008, S.317f.).

Argumente für eine legitime Suizidprävention im Alter sind unter anderem die Akzeptanz der Suizidgefahr und damit verbunden die Bereitstellung vielseitiger Maßnahmen, um dieser vorbeugend entgegenwirken zu können. Denn die Bereitschaft im Alter freiwillig aus dem Leben zu scheiden ist oftmals die Konsequenz aus schwierigen Lebensbedingungen in Verbindung mit einer sich zuspitzenden Krankheitsgeschichte. Von diesem Standpunkt aus kann nicht mehr von einem freiwilligen Akt selbstbestimmten Handelns gesprochen werden. Psychische Erkrankungen und daraus resultierende Probleme alter Menschen werden oft nicht erkannt. Damit können auch daraus resultierende

suizidale Tendenzen nicht fachgerecht behandelt werden. Dabei steht es alten Menschen ebenso wie jungen Menschen zu, sich vorbeugend in schweren Lebenslagen Hilfe zu suchen. Auch wenn dies unter erschwerten Bedingungen erfolgt, haben sie wie jeder Mensch das Recht und den Anspruch auf Lebensqualität. Sie dürfen deshalb nicht diskriminiert oder von Präventions-, Hilfe- bzw. Krisenmaßnahmen ausgeschlossen werden (vgl. Erlemeier 2011, S.192).

Als Argument gegen das Eingreifen bei Suizidgefahr kann die Lebenserfahrung alter Menschen angeführt werden. Aufgrund der Erfahrung mit Leid, Verlust und Krankheit weiß die betroffene Person am besten, wann das eigene Leben nicht mehr lebenswert scheint. Daraus resultiert die Ansicht, der Suizid im Alter ist eine Erlösung und Befreiung von unlösbaren Problemen und schmerzhaften Zuständen. Kommt es zum Freitod eines alten Menschen, so wird dies eher Akzeptanz finden als wenn sich ein junger Mensch das Leben nimmt. Dieser Aspekt würde zudem auch die sozialpolitische Geringschätzung und ein sogenanntes Kosten- Nutzen- Kalkül erklären, da ein alter Mensch weniger Lebensjahre vor sich hat als ein junger (vgl. ebd. S.192).

Durch diese Pro- und Contra- Diskussion gibt es zusammenfassend keine klare Gültigkeit, sich als Helfer ethisch und praktisch korrekt zu verhalten. *„Die ethische Grundlage der Suizidprävention scheint demnach - ähnlich wie die moralische Wertung des Suizids - persönlichen Überzeugungen zu unterliegen.“* (Wedler 2008, S.318)

Aus ethischer Sicht stellt die Suizidprävention demnach weder eine Anmaßung noch eine strikt geltende Verpflichtung gegenüber dem Suizidenten dar. Sie ist vielmehr ein Angebot in Richtung des Einzelnen, ausgerichtet auf dessen spezielle Bedürfnisse (vgl. ebd. S.321).

Letztendlich kann aber auch durch professionelle Helfer die Option der Selbsttötung nicht genommen werden.

8. Fazit

Während der Bearbeitung der hier vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass die Thematik der Suizidalität im Alter sehr komplex ist.

Der Prozess des Alterns kann mit vielen Belastungen einhergehen und dadurch alte Menschen vor neue Herausforderungen stellen, welche sie bewältigen müssen. Hierzu zählen vor allem Krankheiten und körperliche Einschränkungen. Als ein wichtiger Faktor hat sich das Zusammenspiel von physischen und psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Belastungen herausgestellt. Besonders Depressionen im Alter wirken sich auf die Lebensstruktur und damit verbunden auf das Suizidrisiko aus. Nach Erlemeier ist die Suizidrate bei Krankheitsbildern, wie bspw. einer Altersdepression, 30mal höher als bei nicht depressiven Suizidenten (vgl. Erlemeier 2002, S.65).

Als weitere Einflussfaktoren auf Suizidalität im Alter können soziale Faktoren genannt werden. Mit steigendem Alter stellen Entbehrungen im persönlichen Umfeld durch Krankheit und Tod eine Hürde bei der Bewältigung des Alltags dar. Soziale Netzwerke werden auf ein Minimum reduziert, die Betroffenen haben meist nur wenig Möglichkeiten dem entgegenzuwirken. Gründe dafür sind eine eingeschränkte Alltagskompetenz, körperliche Belastungen sowie Bewegungseinschränkungen und die damit verbundene Abhängigkeit von Hilfsangeboten. Isolation und Verlust der Autonomie sind die Folge. Es hat sich herausgestellt, dass vor allem der Verlust des Partners einen gravierenden Einschnitt im Alter darstellt und suizidale Tendenzen hervorrufen kann.

Weitere Hintergründe für Alterssuizidalität wurden von verschiedenen Autoren beschrieben. Diese beziehen sich einerseits auf ein gestörtes narzisstisches System und einem damit einhergehenden labilen Selbstwertgefühl. Andererseits wurde von Ringel nachgewiesen, dass Suizidenten bestimmte charakteristische Befindlichkeiten aufweisen, welche er mithilfe des präsuizidalen Syndroms beschreibt.

Es kann demnach festgehalten werden, dass Alterssuizidalität verschiedene Ursachen haben kann, welche sowohl von außen einwirken als auch von der Persönlichkeit des Betroffenen selbst ausgehen können.

Aufgabe der Suizidprävention und professioneller Helfer ist es daher, die verschiedenen Gründe für die Entstehung der Alterssuizidalität zu berücksichtigen und angemessene Hilfe anzubieten.

Neben psychotherapeutischen Angeboten kann durch die Pädagogik vor allem Hilfe durch psychosoziale Beratungsstellen, bspw. des sozialpsychiatrischen Dienstes, und aufsuchende Sozialarbeit geleistet werden. Eine gut aufgestellte Öffentlichkeitsarbeit, die durch Aufklärung und Information dazu beiträgt, Alterssuizid zu entstigmatisieren, gilt als wichtiges Element der Arbeit in der Suizidprävention. Alte Menschen haben genau wie junge Menschen das Recht in suizidalen Krisen Hilfe zu erhalten.

Bis heute hat die Alterssuizidalität in der Gesellschaft einen anderen Stellenwert als die Suizidalität bei jungen Menschen, sie genießt eine größere Akzeptanz. Dem Prozess des Alterns und den damit verbundenen Beeinträchtigungen wird im Falle des Suizids ein größeres Verständnis entgegengebracht (vgl. Erlemeier 2011, S.7f.). Durch diese gesellschaftliche Wertung erschwert sich eine Suizidprävention für alte Menschen enorm.

Ein weiteres Hindernis für die Suizidprävention ist die meist feste Entscheidung alter Menschen, aus dem Leben zu treten, da sie ihre schwierigen Lebensbedingungen oder den Verlust des Partners nicht länger ertragen können bzw. wollen. Hier stößt die Suizidprävention an ihre Grenzen und steht vor dem Zwiespalt, den Entschluss des Betroffenen zum Suizid zu respektieren oder zu intervenieren und damit gegen den Willen des Betroffenen zu handeln.

Mit dieser Diskrepanz müssen sich vor allem Pflegepersonal und professionelle Helfer auseinandersetzen. Einen entscheidenden Einfluss auf die Intervention bei Suizidgefahr hat der Gesetzgeber. Nach § 323c StGB ist jeder Zeuge eines Suizidversuchs zur Hilfeleistung verpflichtet, um diesen zu verhindern, da juristisch gesehen eine unterlassende Pflicht zur Rettung des Suizidenten geahndet werden kann. Wenn der Suizid und der Suizidversuch freiwillig durchgeführt und sich die Person über das Ausmaß seines Handelns voll und

ganz bewusst ist sowie in freier Verantwortung uneingeschränkt sich selbst gegenüber handelt, so zieht dies hingegen keine rechtlichen Konsequenzen nach sich (vgl. Eink/ Haltenhof 2006, S.15). Eine Legitimation der Suizidprävention bei alten Menschen lässt sich demnach nur eingeschränkt über rechtliche Aspekte treffen. Es stehen vielmehr ethisch-moralische Aspekte im Vordergrund der Prävention.

Die Verantwortung eines Helfers für einen Menschen in einer suizidalen Situation lässt sich im Zuge dieser Arbeit nicht eindeutig feststellen. Es lässt sich keine zweifelsfreie Aussage darüber treffen, wie sich professionelle Helfer ethisch und praktisch korrekt zu verhalten haben. Die Legitimation der Suizidprävention wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Es besteht zwar kein Verbot des Suizids, mit geeigneten Hilfsmaßnahmen kann diesem jedoch vorgebeugt werden (vgl. Erlemeier 2011, S.191). Letztendlich hat jede Person für sich eine eigene Ansicht und eine eigene Einstellung zum Leben und dessen Verlauf. *„Jede Suizidentscheidung ist eine Entscheidung gegen diese Art zu leben.“* (Teising, 1992, S.24) Deshalb ist es von diesem Standpunkt aus gesehen nur sinnvoll und recht, dass wir Menschen, die sich gegen ihr Leben entschieden haben, ihre Entscheidung nicht zusehends erschweren, sondern ihren Entschluss, freiwillig aus dem Leben zu treten, das für sie nicht länger lebenswert scheint, akzeptieren. Es soll bei der Suizidprävention darum gehen, auf die Betroffenen zuzugehen. Das bedeutet nicht, dass der Versuch unternommen wird, den Betroffenen daran zu hindern seinem Leben ein Ende zu setzen sondern nur, dass der Versuch einer Suizidprävention unternommen wird (vgl. ebd. S.24).

„Angebote sollten nicht verwechselt werden mit Verhindernwollen um jeden Preis.“ (ebd. S.24) Legitimation von Suizidprävention bedeutet daher im weitesten Sinne, dass jeder das Recht auf Hilfe hat, aber niemand die Pflicht diese Hilfe auch anzunehmen. Die Diskussion um die Legitimation der Suizidprävention bei alten Menschen bleibt dennoch ständig präsent, da ein Eingreifen immer individuell entschieden werden muss.

Wichtig ist des Weiteren, dass nicht jeder Fall von Suizidalität psychotherapeutisch behandelt werden muss. Es bedarf vielmehr einer

adäquaten, auf den Betroffenen zugeschnittenen, individuellen Betreuung und Behandlung.

Zusammenfassend wird deutlich, dass man als kommunaler Sozialarbeiter aufmerksam bei der Arbeit mit seinen Klienten vorgehen sollte, um suizidale Tendenzen möglichst frühzeitig erkennen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Netzwerkarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Neurologen sowie Begegnungsstätten, um ein möglichst breites Spektrum an Akteuren im Sozialraum zu mobilisieren und für die Präventionsarbeit zu sensibilisieren. Der Betroffene muss die Möglichkeit erhalten, sich jemandem anvertrauen zu können.

Literaturverzeichnis

Adler, A.: Der Sinn des Lebens. Verlag Fischer. Frankfurt am Main 1981.

Améry, J.: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Verlag Klett- Cotta. Stuttgart 1976.

Baltes, P. B.: Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen: Lebenslanges Lernen nonstop? In: Aus Politik und Zeitgeschichte. B36/2001, S.24-32. 2001.

Birnbacher, D.: Ethische Aspekte von Suizid und Suizidintervention. Suizidprophylaxe S.97-100. Verlag Roderer. Regensburg 1996.

Bronisch, T. Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. Verlag C.H. Beck. München 1995.

Dormann, W.: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Verlag Klett- Cotta. Stuttgart 2006.

Eink, M.; Haltenhof, H.: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie Verlag. 2. Auflage. Bonn 2006.

Eink, M.; Haltenhof, H.: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrieverlag. Bonn 2007.

Erlemeier, N.: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 212. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2002.

Erlemeier, N.: Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Verlag Kohlhammer. Stuttgart 2011.

Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens. In: Nervenarzt 3, S.127-130. 1971.

Haltenhof, H.: Suizidalität. In: Machleidt, W.; Bauer, M.; Lamprecht, F.; Rose, H. K.; Rohde-Dachser, C. (Hg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. S.241-247. Verlag Thieme. Stuttgart 2004.

Hautzinger, M.: Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Verlag Beltz. Weinheim 2000.

Henseler, H.: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden 2000.

Hover, D.: Zwischen Freitod und Selbstmord – Zur ethischen Dimension des Suizids. In: Junglas, J. (Hg.): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. S.116-132. Verlag Deutscher Psychologen GmbH. Bonn 2007.

Kruse, A.; Wahl, H. W.: Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Verlag Spektrum. Heidelberg 2010.

Landeshauptstadt Dresden, Büro der Oberbürgermeisterin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit: Herbstzeit. Ein Wegweiser für Seniorinnen, Senioren und deren Angehörige. Hochlandverlag Pappritz. Dresden 2012.

Lindner-Braun, C.: Soziologie des Selbstmords. Westdeutscher Verlag. Opladen 1990.

Lüdke, C.: Zur Kritik von Erklärungsansätzen für Selbsttötungshandlungen. Verlag Wuth. Lünen 1992.

Möller, H.-J.: Suizidalität. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A. (Hg.): Duale Reihe. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. S.409-429. Verlag Thieme. Stuttgart 2013.

Plitt, S.: Suizidalität im Alter. Ausmaß, Ursachen, Präventionsansätze. Verlag Dr. Müller. Saarbrücken 2006.

Ringel, E.: Selbstmord. Appell an die anderen. Verlag Kaiser. Gütersloh 1995.

Rogers, C. R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Verlag Fischer. Frankfurt am Main 1991.

Schmidbauer, W.: Psychotherapie im Alter. Eine praktische Orientierungshilfe. Kreuz Verlag. Stuttgart 2005.

Schmidtke, A.: Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. Verlag Roderer. Regensburg 1988.

Seyfried, M.: Suizidalität, Suizidprophylaxe und Sozialarbeit. Verlag S. Roderer. Regensburg 1995.

Shneidman, E.: Key Psychological Factors in Understanding and Managing Suicidal Risk. Journal of Geriatric Psychiatry 2, S.153-174. 1991.

Teising, M.: Alt und lebensmüde. Suizidneigung bei älteren Menschen. Verlag Reinhardt. München 1992.

Thomae, H.: Persönlichkeit und Altern. In Schubert, R. (Hg.): Herz- und Atmungsorgane im Alter. Psychologie und Soziologie in der Gerontologie. S.191-203. Verlag Steinkopff. Darmstadt 1968.

Wächtler, C.; Erlemeier, N.; Teising, M.: Alte Menschen und Suizidalität – Entstehungsbedingungen, therapeutische Strategien, Prävention. In: Wolfersdorf, M.; Bronisch, T.; Wedler, H. (Hg.): Suizidalität: Verstehen- Vorbeugen- Behandeln. S.129-143. Verlag Roderer. Regensburg 2008.

Wedler, H.: Aktuelle Aspekte der internationalen Diskussion um Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. In: Suizidprophylaxe 24. S.114-118. Verlag Roderer. Regensburg 1997.

Wedler, H.: Ethische Aspekte der Suizidprävention. In: Wolfersdorf, M.; Bronisch, T.; Wedler, H. (Hg.): Suizidalität: Verstehen- Vorbeugen- Behandeln. S.311-337. Verlag Roderer. Regensburg 2008.

Welz, R.: Suizid. In: Stimmer, F. (Hg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. Verlag R. Oldenbourg. München, Wien 2000.

Weyerer, S.; Bickel, H.: Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Verlag W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart 2007.

Wolfersdorf, M.: Therapie der Suizidalität. In: Möller, H.-J. (Hg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. S.715-732. Verlag Ferdinand Enke. Stuttgart 1993.

Wolfersdorf, M.: Suizidalität – Begriffsbestimmung, Formen und Diagnostik. In: Wolfersdorf, M.; Bronisch, T.; Wedler, H. (Hg.): Suizidalität: Verstehen- Vorbeugen- Behandeln. S.11-43. Verlag Roderer. Regensburg 2008.

Wolfersdorf, M.; Etzersdorfer, E.: Suizid und Suizidprävention. Verlag Kohlhammer. Stuttgart 2011.

Verzeichnis der Internetquellen

Bundesärztekammer 2011: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (Zugriff: 24.05.2014).

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Unter:

<http://www.icd-code.de/icd/code/V01-Y84.html> (Zugriff: 15.05.2014).

Schmidtke, A.; Sell, R.; Löhr, C.: Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Beitrag zum Themenschwerpunkt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008. Unter:

http://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl6_schmidtke_etal_2008.pdf (Zugriff: 20.03.2014).

Statistisches Bundesamt, Berechnungen WHO-Gruppe Würzburg 2006. In: Schmidtke, A.; Sell, R.; Löhr, C.: Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Beitrag zum Themenschwerpunkt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008. Unter:

http://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl6_schmidtke_etal_2008.pdf (Zugriff: 20.03.2014).

Statistisches Bundesamt 2012: Todesursachen. Anzahl der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen 2012. Unter:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html> (Zugriff: 20.03.2014).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2012: Statistisch betrachtet. Senioren in Sachsen. Unter:

http://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Faltblatt/SB_Senioren_2012.pdf (Zugriff: 20.03.2014).

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2013: Statistischer Bericht.
Selbsttötungen im Freistaat Sachsen 2012. Unter:
http://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-A/A_IV_10_j12_SN.pdf
(Zugriff: 20.03.2014).

Angabe der Rechtsquellen

§ 211 Abs. 1 und 2 StGB: Mord. In: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322). Zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.10.2013 (BGBl. I S. 3799) m.W.v. 01.01.2014. Besonderer Teil. 16. Abschnitt – Straftaten gegen das Leben. Unter:
<http://dejure.org/gesetze/StGB/211.html> (Zugriff: 15.06.2014).

§ 212 Abs. 1 und 2 StGB: Totschlag. In: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322). Zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.10.2013 (BGBl. I S. 3799) m.W.v. 01.01.2014. Besonderer Teil. 16. Abschnitt – Straftaten gegen das Leben. Unter:
<http://dejure.org/gesetze/StGB/212.html> (Zugriff: 15.06.2014).

§ 213 StGB: Minder schwerer Fall des Totschlags. In: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322). Zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.10.2013 (BGBl. I S. 3799) m.W.v. 01.01.2014. Besonderer Teil. 16. Abschnitt – Straftaten gegen das Leben. Unter:
<http://dejure.org/gesetze/StGB/213.html> (Zugriff: 15.06.2014).

§ 323c StGB: Unterlassene Hilfeleistung. In: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322). Zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.10.2013 (BGBl. I S. 3799) m.W.v. 01.01.2014. Besonderer Teil. 16. Abschnitt – Straftaten gegen das Leben. Unter:
<http://dejure.org/gesetze/StGB/323c.html> (Zugriff: 15.06.2014).

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Dresden, den 30.06.2014

Oliver Drillisch